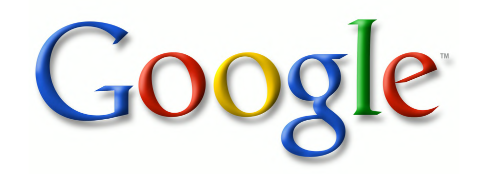



WIDENER LIBRARY
HX GGTA Z


HARVARDIANAE
ACADEMIAE
SIGILLVM
IN NOV ANG
ET
VE RI
TAS
CHRISTO ET ECCLESIAE



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Tome XXIX. — 1895.

Avec 5 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1895

VOLUME XXIX (1895) NUMÉRO 95 (Janvier.)

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1895

Vol. XXIX. Janvier 1895. N° 95

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

D'UNE FORME HYSTÉRIQUE DE LA MALADIE DE RAYNAUD ET DE L'ÉRYTHROMÉLALGIE;

Par Léopold LÉVI,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les troubles vaso-moteurs sont fréquents dans l'hystérie. Ils peuvent devenir prédominants. Aussi a-t-on pu lui décrire une forme vaso-motrice (hystérie vaso-motrice). Il est de notion courante qu'on peut rencontrer au cours de cette névrose, soit des congestion partielles et passagères (érythèmes éphémères), soit de l'anémie cutanée (syncope locale et asphyxie des extrémités).

Nous avons eu l'occasion d'observer presque simultanénent dans le service de notre excellent maître, M. le Professeur Raymond, un cas de maladie de Raynaud et un cas d'érythromélalgie chez des hystériques hypnotisables qui présentaient en outre des troubles urinaires de nature hystérique. L'hypnose a permis de préciser comme origine aux deux syndromes vaso-moteurs des émotions devenues idées fixes subconscientes et de modifier les symptômes par les procédés habituels.

Ces cas affirment les relations qui existent entre les deux affections. Ils permettent de séparer une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie. Ils fournissent de nouveaux documents pour la question de la pathogénie des névroses vaso-motrices des extrémités.

A. — Il est certaine forme de maladie de Raynaud qui est purement hystérique.

I.

Quand une affection se développe chez un sujet hystérique, dans les conditions habituelles des affections hystériques, et qu'elle est susceptible de disparaître ou de s'améliorer sous l'influence de l'hypnose, on peut dire qu'elle est hystérique.

Un syndrome reconnu tel, offre dans son début, dans ses symptômes, dans son évolution, des caractères qui le séparent du même syndrome non hystérique.

L'observation suivante sert de base à la démonstration, qui s'appuie en outre sur la critique d'autres observations personnelles ou empruntées.

Observation. — *Maladie de Raynaud à la deuxième période, affectant la forme d'état de mal asphyxique, survenue à la suite d'une émotion transformée en idée fixe subconsciente chez une malade atteinte antérieurement de rhumatisme polyarticulaire, neurasthénique et hystérique. Coexistence de phénomènes d'anurie et d'oligurie hystériques. Amélioration considérable de tous les phénomènes sous l'influence de l'hypnose* [1].

Pauline Th...s, femme Garn...r, âgée de quarante-trois ans, entre le 11 janvier, salle Pinel, lit nº 3, dans le service de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière. Elle habite en général la campagne et se livre aux travaux des champs.

Antécédents héréditaires. — Ses grands-parents paternels sont morts l'un à soixante-quinze ans, l'autre à soixante-treize ans, avec des symptômes de paralysie. Ses grands-parents maternels sont morts tous deux de fluxion de poitrine, au dire de la malade. Son père est mort à vingt-huit ans de fièvre typhoïde. C'était un homme de constitution robuste, sans nervosisme. Sa mère est morte à trente ans d'une infection puerpérale.

Sa sœur unique, d'un an plus jeune qu'elle, est atteinte d'une affection cardiaque. Elle est d'un tempérament nerveux, mais n'a jamais eu de crises de nerfs.

Antécédents personnels — N'a point eu de fièvre éruptive ou de maladie générale dans son enfance. Elle commença à être réglée

[1] L'observation a été prise sous ma direction par M. Turquet, externe du service.

à quinze ans, ses règles revenaient à époques fixes jusqu'à il y a un an. Depuis ce temps elles surviennent toutes les trois semaines. A dix-huit ans, elle se maria; elle fit cinq grossesses qui se passèrent bien, sans suites de couches pathologiques.

Deux ou trois jours après chaque accouchement elle se serait livrée à ses occupations habituelles. Ses enfants sont bien portants.

Au cours de la première grossesse ont apparu des varices d'abord légères, qui sont devenues de plus en plus apparentes pendant les grossesses suivantes. Pendant la dernière elle eut la jambe gauche foulée sous le pied d'un bœuf. La douleur fut vive, la malade perdit connaissance. Il survint consécutivement un gonflement très marqué avec rougeur intense. La malade dut garder le lit six semaines. L'œdème s'effaça peu à peu. La jambe reprit son volume normal. L'accident n'influa pas sur la grossesse, l'accouchement se fit à terme.

Vers cette époque en 1888, elle commença à ressentir dans l'aine du côté gauche une douleur légère, avec irradiation dorsale et exagération par la pression et pendant la marche.

Elle consulta au bout de six mois un médecin qui fit le diagnostic de hernie et lui conseilla le port d'un bandage pendant un an. Actuellement il n'y a plus trace de hernie, ni de trajet herniaire. Mais après une longue marche, elle éprouve dans la région hypogastrique gauche une sensation de pesanteur accompagnée d'une légère douleur.

L'état de santé fut bon jusqu'au mois de décembre 1891. En décembre 1891, à la suite d'un refroidissement éclata un *rhumatisme polyarticulaire* qui envahit les grosses articulations (hanche, genou, épaule) et les petites (colonne vertébrale). Les articulations phalangiennes restèrent indemnes, La fièvre était vive, le gonflement articulaire intense. La malade dut rester trois semaines dans l'immobilité absolue. La guérison n'eut lieu qu'au bout de cinq semaines. Environ un an après en décembre 1892, apparurent des accidents nerveux.

Pendant l'enfance, la malade n'a présenté aucun grand signe de nervosisme; elle n'eut ni somnambulisme, ni attaque convulsive. Elle ne se rappelle pas avoir uriné au lit, et ne fut pas en proie aux peurs nocturnes. A dix-huit ans, on la maria contre son gré avec un homme qu'elle n'aimait pas; elle éprouva un dégoût continuel à accomplir ses devoirs conjugaux.

Son mari était jaloux, il enfermait quelquefois sa femme, il ne lui permettait pas de regarder par la fenêtre. D'autre part, il s'enivrait, d'où scènes de ménage qui n'allaient cependant jamais jusqu'aux coups. La malade fut sur le point de divorcer, mais elle avait déjà plusieurs enfants et elle était enceinte. La réconciliation se fit.

Sous l'influence des disputes qui se répétaient entre elle et son

mari, son caractère impressionnable s'assombrissait. Après chaque scène, sa douleur, ses chagrins devenaient plus intenses. Bientôt elle ne voulut plus travailler, et malgré les prières de sa famille, elle décida de ne plus aller dans les champs. Elle restait enfermée seule chez elle, heureuse de ne plus avoir de rapport avec personne. La présence de son mari auprès d'elle l'exaspérait, et lorsque approchait l'heure du retour des champs, son irritation devenait plus vive.

A cette époque elle eut l'idée du suicide. Son projet reçut un commencement d'exécution. Bientôt survinrent de nouveaux sujets d'inquiétudes.

Près de sa maison s'installa une femme médisante qui l'insulta et l'accabla d'accusations calomnieuses. La malade éprouva alors de continuelles insomnies. A l'état de veille, et dans ses rêves, lorsqu'elle venait à s'endormir, il lui semblait voir sa voisine lui tendre, à travers une fenêtre, un breuvage empoisonné. Elle la voyait encore parfois saisir ses enfants pour les tuer. C'est sous l'influence de ces troubles que pour la première fois elle eut une *crise nerveuse* en février 1893.

A la suite d'un accès de contrariété, elle éprouva tout à coup une sensation d'étouffement au niveau du cou, elle perdit connaissance et tomba. La crise se composa de mouvements violents des membres supérieurs et inférieurs. Elle se jugea par des larmes. La malade n'urina pas sous elle, ne se mordit pas la langue pendant l'attaque. On provoqua une vive douleur par la pression sur la région hypogastrique.

D'autres crises succédèrent à la première, d'une durée moyenne de quarante à cinquante minutes. Sous l'influence des calomnies de sa voisine, elle éprouva jusqu'à trois crises par semaine. Elle remarqua en même temps une diminution dans sa quantité d'urine. Comme traitement général on lui appliqua des aimants qui furent retirés vers le 25 novembre.

C'est au *mois de mai* 1892 qu'apparurent les premiers symptômes de la maladie dont nous allons nous occuper. Le 1er mai la malade apprit que sa voisine avait fait courir le bruit qu'elle s'était enfuie de chez elle pendant la nuit. Sous l'influence de l'émotion vive qu'elle ressentit, elle vit ses doigts perdre peu à peu de leur couleur et devenir de plus en plus pâles. Elle éprouvait en même temps aux extrémités une sensation d'engourdissement (*syncope locale*). Quelques jours après, elle remarqua que ses orteils devenaient pâles, décolorés comme ses doigts. La malade incrimina l'impression du froid.

Les crises de syncope locale se produisaient au début une ou deux fois par jour, un jour se passait rarement sans crise. Pendant six semaines les alternatives de syncope et de retour à la coloration normale se succédèrent ainsi régulièrement et c'est seulement

au bout de ce temps que l'asphyxie locale commença à se montrer. La malade vit alors pour la première fois un état d'asphyxie succéder sur ses doigts à l'état de syncope. Les phénomènes se reproduisirent avec les mêmes caractères en augmentant de fréquence jusqu'à son entrée à l'hôpital. L'observation est prise à la fin de mars 1894.

Etat actuel. — L'habitus extérieur n'offre pas de particularité saillante. Il n'existe pas d'asymétrie de la face. La chevelure est bien conservée. La malade a presque toutes ses dents, il n'en manque que deux à la mâchoire inférieure. La teinte du visage est bonne. La joue droite est un peu plus colorée que la gauche, la différence de coloration s'accentue pendant les crises.

La couche adipeuse sous-cutanée de la région sous-mentale est assez accusée. En arrière de l'angle des mâchoires, des deux côtés, se trouve une surface fortement pigmentée.

Le thorax présente de l'asymétrie et une voussure assez prononcée par suite de la saillie des première et deuxième côtes dont la courbure est plus marquée à gauche qu'à droite. Le sternum est légèrement bombé en avant. La clavicule gauche est plus élevée que la droite à la partie interne. Il existe des vergetures bien marquées dans les régions hypogastriques et ombilicales. Les membres supérieurs ne présentent rien de particulier.

Aux membres inférieurs, il existe des varices plus marquées à gauche, qui provoquent de l'œdème, à la suite d'une fatigue.

Sensibilité. — Il existe dans la région frontale une céphalalgie assez légère, mais persistante sous forme constrictive. La pression provoque une légère douleur le long de la colonne dorsale au niveau des apophyses épineuses, ainsi que dans la région hypogastrique gauche. La malade accuse en outre des douleurs au niveau des hanches et du genou gauche, avec irradiations de la hanche gauche vers le genou correspondant.

L'examen de la sensibilité objective ne relève pas de troubles aux différents modes (contact, piqûre, froid) sur les membres, le tronc et la face. Au niveau de la colonne dorsale, la sensibilité aux différents modes est sensiblement diminué.

Motilité. — Les mouvements des muscles de la face, des lèvres, de la langue s'exécutent bien. Pas de trémulation, pas de mouvements fibrillaires. Les mouvements de la tête sur le tronc sont faciles et s'accomplissent sans raideur. La force musculaire des membres supérieurs est conservée. Les mouvements se font bien, avec toute leur amplitude. On ne constate pas d'atrophie. Il existe un léger tremblement à petites oscillations plus marqué à droite qu'à gauche. Aux membres inférieurs la force est conservée; la marche s'accomplit bien. Il existe quelques craquements dans les genoux.

Réflectivité. — Les réflexes patellaires sont conservés, marqué surtout à gauche; le réflexe pharyngé est exagéré. Le réflexe cornéen existe. On constate le réflexe plantaire.

Il n'existe pas de troubles trophiques.

L'examen des yeux ne font rien constater de spécial. Pas de paralysie des muscles de l'œil. Pas de nystagmus. Les pupilles égales réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Les crises de *syncope* et d'*asphyxie* existent pendant le jour. Elles disparaissent d'habitude la nuit. Pendant les menstrues, elles ont plutôt tendance à disparaître, exception faite pour les dernières règles. La malads éprouve tout d'abord une sensation nette d'engourdissement aux doigts et aux orteils, en même temps que surviennent des frissons qui envahissent tout le corps. La face se congestionne, et du côté droit la rougeur des pommettes est un peu plus vive qu'à gauche. On note même parfois une rougeur en plaques. Une sudation abondante s'observe sur la face et sur le tronc; elle est moins marquée sur les membres.

La malade dit avoir parfois observé un œdème de la paupière et de la partie interne de la joue à droite.

Lorsque la syncope survient, les doigts commencent à pâlir, tout d'abord au niveau de la racine. Le changement de coloration s'accuse en même temps au niveau des articulations phalangiennes. Puis la pâleur s'avance peu à peu vers les phalanges et en quatre ou cinq minutes, elle atteint l'extrémité des doigts.

La paume de la main conserve sa coloration normale. A l'état de syncope, les doigts sont d'un blanc de cire très net Les phalanges sont dans l'extension.

Lorsque l'asphyxie succède à la syncope, ce qui se produit en général après quinze à vingt minutes, on voit une teinte violacée d'abord très claire se montrer au niveau des articulations phalangiennes. Puis elle envahit progressivement les phalanges au niveau des ongles, elle est très marquée. Le changement de coloration se produit rarement au même instant dans tous les doigts de la main. Parfois un doigt reste encore à l'état de syncope alors que l'asphyxie a déjà envahi les autres. C'est le plus souvent l'annulaire et l'auriculaire qui sont envahis en dernier lieu par l'asphyxie. Le passage de la syncope à l'asphyxie s'annonce par une sensation de picotement qui disparaît lorsque les doigts reprennent leur couleur normale. Parfois, l'asphyxie s'établit d'emblée sans être précédée par la syncope. Les phénomènes de syncope et d'asphyxie sont toujours plus intenses à droite qu'à gauche et en général la main droite est envahie la première.

L'asphyxie n'est pas limitée aux mains; sur les avant-bras des deux côtés, on voit des marbrures très apparentes surtout au pli du coude, qui circonscrivent des formes géométriqnes ou irrégulières,

comprenant des intervalles de peau à coloration normale. Elles s'étendent jusque sur les bras.

Ces réseaux existent aux membres inférieurs où ils sont surtout apparents à la région antérieure, ils s'étendent vers la cuisse et le genou. Ce sont des traînées livides parallèles ou formant entre elles des angles variables qui paraissent dessiner de larges bandes vasculaires, dans l'intervalle desquels la peau tranche par sa coloration. Les pieds présentent, sous les mêmes conditions, les mêmes changements de coloration que les doigts.

L'asphyxie a été quelquefois presque généralisée. La malade nous dit avoir vu ses seins devenir bleuâtres pendant la crise asphyxique.

La pression au niveau des parties asphyxiques efface lentement la teinte bleuâtre qui reparaît ensuite. Pendant la syncope, les frictions faites sur les doigts paraissent augmenter la durée de cet état. La malade éprouve une sensation de chaleur en plongeant les mains dans l'eau chaude.

Au moment des crises, les doigts deviennent insensibles subjectivement. La sensibilité à la piqûre et à la chaleur y est de même abolie.

Sur la paume des mains, en quelques points où il existe des troubles de coloration, on trouve une diminution de la sensibilité aux différents modes. Elle est conservée partout ailleurs.

Au moment où l'observation est prise, la malade a pendant le jour 10 à 12 crises, souvent d'une durée d'une heure. Elle ne peut manger seule. L'infirmière doit lui porter les aliments à la bouche.

Il existe de l'anorexie avec dégoût marqué pour les aliments. Les digestions sont difficiles. La malade n'accuse pas de palpitations. Il n'existe pas de souffle du cœur. La malade présente quelquefois une anurie complète de plusieurs jours. Actuellement, elle urine par jour 200 à 300 grammes.

La mémoire et l'intelligence sont conservées. Le caractère de la malade est triste. Elle est très impressionnable. Dans ses conversations avec sa sœur, elle revient constamment sur sa voisine et sur les calomnies qu'elle a inventées contre elle. Elle craint de descendre dans la cour de peur qu'on se moque d'elle. Elle passe sa journée dans son lit, impotente de ses mains, ayant crainte de ne point guérir.

Du traitement qui lui est prescrit, elle ne tire qu'un bénéfice léger des bains de mains chauds et prolongés.

En présence des phénomènes urinaires coexistant avec la névrose vaso-motrice chez une malade hystérique, la question de l'*hypnose* se posait.

La première séance eut lieu le 1er avril; les séances d'abord

rapprochées, tous les jours ou tous les deux jours, furent ensuite espacées entre huit et quinze jours, jusqu'au départ de la malade, le 27 juin 1894. Elle a été, en outre, suivie tous les mois jusqu'au moment de la publication de ce mémoire.

La malade fut endormie par un des procédés habituels (pression sur les globes oculaires) et tomba facilement dès la première séance dans le sommeil hypnotique. A ce moment, son visage était comme transfiguré. Les divers moyens employés furent le commandement par la parole, par l'écriture, sous forme de lettres écrites spontanément ou sous dictée à son médecin habituel, la lecture à haute voix, la malade relisant les lettres qu'elle écrivait.

Pour l'écriture, dans une des premières séances, nous dîmes à la malade d'écrire alors qu'elle était en période d'asphyxie. Elle refusa d'abord parce qu'elle avait de l'insensibilité des mains. Nous dûmes lui mettre nous-même le crayon dans la main, puis sur notre ordre elle écrivit.

La malade récite plutôt de mémoire les courtes lettres que nous lui faisons lire : « Monsieur le docteur, je vais mieux. Je n'ai plus de crises. Demain je serai tout à fait guérie. La quantité d'urine augmente. Je suis plus gaie. » Cependant elle lit des livres qu'elle ne connaît pas, les yeux fermés, même recouverts d'un linge ordinaire, mais alors au prix d'un grand effort.

Tous les jours il a été dressé un tableau de la quantité d'urine et des crises qui est continué par la malade depuis sa sortie de l'hôpital. Nous donnons dans ses grandes lignes l'histoire du traitement.

L'hypnose nous révéla le rapport de la maladie de Raynaud avec l'émotion qu'avait éprouvée la malade en apprenant la dernière calomnie de sa voisine. La conversation ayant été mise par nous sur ce sujet, nous la vîmes subitement frissonner, prête à pleurer. En même temps, elle eut des claquements de dents et ses extrémités commencèrent à prendre la teinte bleue de la crise asphyxique, tandis que des réseaux bleuâtres apparaissaient sur les avant-bras. C'est seulement en ordonnant à la malade de rire, ce qu'elle fit immédiatement, et ce qui éveilla dans son esprit une idée joyeuse, que les phénomènes disparurent. La malade n'est pas religieuse. Elle se figure qu'il y a une sorte de complicité entre le curé de sa paroisse et sa méchante voisine. Chaque fois que nous eûmes à détourner son attention par une idée joyeuse, c'est toujours une idée religieuse qui survient avec le rire : « Ah ! la bigote, dit-elle, avec son curé ! »

L'hypnose nous révéla encore la suggestibilité de la malade pendant la veille à ce qui se disait autour d'elle. Elle entend raconter par un assistant qu'il a vu un cas de maladie de Raynaud qui a duré plusieurs années. Cette conversation fait grande impression sur son esprit, et elle a peur de ne pas guérir.

Vu les phénomènes observés, il nous semble indiqué d'agir par interdiction, par substitution, d'éviter toute parole dite à la malade qui ne coucourût pas au résultat de l'hypnose.

En même temps que nous affirmions à la malade endormie qu'elle serait bientôt guérie, que nous lui faisions promettre d'être bientôt guérie, que nous lui faisions écrire à son médecin qu'elle n'aurait plus de crises, nous lui commandions d'uriner davantage, et d'oublier surtout, avec insistance, sa voisine.

Les premiers résultats furent : l'augmentation dans la quantité d'urine. L'urine était avant le début du traitement en très petite quantité. Au-dessous de 300, au-dessous de 1000 grammes.

Le 8 avril elles sont à 1,600 grammes.
Le 21 — — 1,800 —
Le 28 — — 2,600 —
Le 13 avril elles atteignent 3,000 grammes.

Le chiffre le plus haut obtenu, le 15 mai est de 3,700 grammes.

La quantité d'urine subit des variations. Augmentant sous l'influence de la suggestion, elle diminue quand la malade éprouve des ennuis ou des chagrins.

En général, nous avons toujours noté une diminution de la quantité les jours qui suivaient des sorties d'un jour, de l'hôpital, sans doute parce qu'au dehors on réveillait des souvenirs chez la malade. Elle sort le 18 mars, le 19 et le 20, elle urine 800 grammes pour uriner 1800 grammes le 21.

Elle sort le 14 et le 15 avril, ses urines dont la quantité s'élevait à 3000 grammes le 13, retombent le 16 à 1600 grammes pour vingt-quatre heures.

Du jour au lendemain, les crises qui étaient un véritable supplice pour la malade et une gêne pour les actes les plus habituels diminuèrent dans des proportions étonnantes :

Le 3 avril, la malade n'a plus que 2 crises asphyxiques;
Le 5 avril, elle a une crise syncopale et une crise asphyxique :
Le 6 avril, une seule crise asphyxique;
Le 7 avril, une seule crise syncopale, qui dura vingt minutes;
Le 9 et le 10, pas de crise ni asphyxique, ni syncopale;

A partir du 11, quand la malade a une crise, elle est purement de syncope locale, la durée est de dix minutes. Bientôt au lieu d'envahir les deux mains, elle n'envahit qu'une main ou un seul doigt de la main.

17 avril, une syncope au petit doigt de la main gauche, durée dix minutes.

Puis, les jours de crises syncopales sont espacés par des jours sans crises.

A partir du 3 mai, ce n'est plus qu'à des intervalles éloignés (13 et 14 mai, 20 mai, 21 mai, 27 mai, 8 juin) qu'on note une crise le plus souvent de syncope locale, rarement d'asphyxie.

En outre, à l'état de veille, la malade ne se souvient plus de sa voisine. Son médecin qui venait la voir à l'hôpital, sa sœur avaient été mis au courant de nos désirs. Ils évitaient de lui rappeler tout souvenir importun. D'elle-même, elle ne parle plus à sa sœur de son ennemie de Chaumes. Bien plus, elle n'y pense plus, même en état d'hypnose. Elle refuse même d'y penser. Quand nous la poussions sur ce sujet pour savoir jusqu'où la suggestion était acceptée : « Non, non, se défendait-elle. Vous m'avez défendu d'y penser. »

Restait alors un point à modifier. Si la malade avait oublié sa voisine, elle continuait à se rappeler que c'était à la suite d'un propos médisant qu'elle avait commencé sa maladie. Nous eûmes alors à en modifier le début. Après avoir été quelque temps rebelle à cette idée, elle accepta que son affection avait commencé à la suite d'une chute sur une pierre, qu'elle avait perdu connaissance alors, et, en effet, bientôt elle se représenta la pierre qu'elle nous décrivit d'ailleurs. Cette idée, elle l'a gardée à l'état de veille.

L'examen du tableau des crises montre que les crises d'asphyxie disparurent les premières, mais fait intéressant, après une disparition de dix-sept jours, une crise bleue reparut dans les circonstances suivantes :

La malade allant mieux, j'avais obtenu qu'elle pût se promener dans les beaux jardins de la Salpêtrière, et l'avais encouragée à lire. Un jour ses mains reprirent pendant deux heures leur teinte asphyxique.

Endormie pour donner la clé de cette nouvelle crise, elle nous raconta que le roman qu'elle lisait lui avait rappelé certaines scènes de sa vie intime. Il s'agissait d'une jeune fille qu'on avait mariée malgré elle, malheureuse avec un mari jaloux.

Elle eut d'ailleurs une nouvelle crise blanche, cette fois le 19 (après dix jours d'absence de crises) : c'est un jour où devant la fenêtre de l'infirmerie passa le corbillard d'une jeune fille qu'elle avait connue.

Une autre fut en rapport avec la crainte de la mort de sa nièce quand elle vit sa sœur arriver en deuil lui faire visite.

Les autres crises blanches, quand elles survenaient le matin, étaient en rapport avec l'impression du froid.

Il est une autre donnée dont il faut tenir compte, et qui, jusqu'à un certain point contre-balançait l'effet de nos suggestions. Si la malade était heureuse et se réjouissait de guérir, elle en éprouvait d'autre part un vif chagrin, se disant qu'une fois guérie elle devrait retourner à Chaumes auprès de son mari, à cause de ses enfants. Cette idée nous n'aurions pu la supprimer de l'esprit de notre malade que si elle avait été isolée. Mais elle recevait des visites, elle recevait des lettres de son mari qui étaient toujours cause de

chagrin. D'autre part, il était nécessaire qu'elle retournât dans son village à cause de ses enfants.

Cependant, nous l'avions peu à peu habituée à l'idée qu'il ne lui était pas désagréable de revenir à Chaumes.

Pendant la durée du traitement, la malade se plaignit de cauchemars : elle voyait la nuit de grosses mains qui venaient se saisir d'elle. Sous l'influence de l'hypnose, elle passait de bonnes nuits puis éprouvait de nouveau des cauchemars. Le voisinage d'une paralytique générale lui fit croire qu'elle allait devenir folle. Il lui semblait la nuit qu'on lui ouvrait le crâne « pour sortir la cervelle ». Elle vit également devant les yeux des mouches volantes. L'examen ophtalmoscopique montra d'une façon indécise des phénomènes de spasme de l'artère de la rétine. Parfois elle éprouvait des sueurs abondantes.

La température a été prise au moment des crises. Une fois au début d'une crise avec frisson la température s'éleva à 40°,

En somme, sous l'influence de l'hypnose on observa une diminution du nombre des crises, l'atténuation de leur durée, la disparition presque absolue des crises d'asphyxie, le retour à des intervalles éloignés des crises syncopales. L'impression du froid a perdu de son influence. La malade peut se lever, prendre ses vêtements, se promener au grand air, sans éprouver des frissons, sans voir survenir de crise syncopale.

En même temps le caractère devient plus gai, la malade se lève, elle passe une grande partie de la journée hors de la salle. Bien qu'ayant encore des bizarreries de caractère, elle est plus raisonnable. L'appétit revient, les menstrues se régularisent sans que l'hypnose soit intervenue directement pour cette modification [1].

La malade demande à sortir de l'hôpital le 28 juin, pour surveiller son ménage. Depuis le 8 juin, elle a eu deux crises syncopales aux mains, l'une le 19, d'une durée de dix minutes, l'autre le 20, d'une durée de cinq minutes.

L'amélioration pour très marquée qu'elle soit, n'est donc pas la guérison. Sur les instances de la malade, nous consentons à la laisser partir; et considérons son retour chez elle comme une contre-épreuve des résultats obtenus. Elle rentre chez elle mieux disposée envers son mari, mais apprend qu'un de ses fils est parti de chez son père par suite de discussions avec lui, et trouve une enfant malade. Les trois premiers jours elle continue à uriner 2,000 grammes, 1,500 grammes, 1,200 grammes, a des cauchemars. Bientôt la quantité d'urine baisse.

[1] Chez une malade du service, guérie par l'hypnose d'une amnésie continue qui était en rapport avec une idée fixe subconsciente ayant eu pour point de départ un mariage manqué, l'hypnose a rendu quotidiennes des selles très rares, et rendues régulières des menstrues revenant 2 fois par mois.

2	juillet.	800 gr.	9	juillet.	0 gr.
3	—	200 —	10	—	100 —
4	—	300 —	11	—	400 —
5	—	100 —	12	—	0 —
6	—	0 —	13	—	200 —
7	—	200 —	14	—	300 —
8	—	0 —	15	—	100 —

Le 6 juillet la malade a eu une crise syncopale.
Le 7 — — asphyxique et syncopale.
Le 12 — — — —

Nous la revoyons le 16 juillet, et apprenons les événements qui se sont passés. Elle est très inquiète pour sa fille. Nous lui ordonnons, à l'état d'hypnose, d'uriner davantage et de n'avoir plus de crises.

Le 20 juillet elle urine 2,000 gr.
Le 21 — — 2,500 —
Le 22 — — 2,800 —
Le 23 — — 300 —

La fille de la malade a eu des convulsions. Sa mère l'a crue morte. Sous cette influence elle a eu une crise de nerfs très violente, n'a plus uriné que 300 grammes dans les vingt-quatre heures, au lieu de sa polyurie habituelle à cette période, et a présenté une crise asphyxique de trente-cinq minutes.

La quantité d'urine remonte :

24	juillet à	3,100 gr.	3	août à	2,500 gr.
25	—	3,000 —	4	—	2,500 —
26	—	2,900 — etc.	5	—	3,000 —
1er	août à	3,100 —	6	—	3,150 —
2	—	2,900 —			

Nous revoyons la malade le 7 août, puis le 4 septembre.

Dans cette période le mieux obtenu persiste. La malade peut se livrer aux travaux des champs. La quantité d'urine a varié entre 1,000 grammes et 3,000 grammes. Elle a encore eu trois crises syncopales dans cet intervalle, et une crise asphyxique de vingt-cinq minutes à la suite d'une scène avec son mari qui s'est de nouveau enivré. D'autre part sa petite fille l'inquiète. Elle la craint tuberculeuse.

La malade revient le 10 octobre. Elle a eu dans l'intervalle quelques crises syncopales (2, 3, 5 octobre) de durée très courte, le matin en descendant du lit et deux crises asphyxiques l'une le 16 septembre qui a duré vingt minutes. La malade a rêvé à sa voisine de l'hôpital qu'on a transférée à Sainte-Anne. Elle a peur de devenir folle, et a fondu en larmes. La crise est survenue à la suite. La deuxième a été causée le 29 septembre par le retour chez elle de son mari, qui a reçu un coup de pied de cheval dans le

ventre. Elle a duré trente-cinq minutes. Elle dit uriner entre deux litres, deux litres et demi chaque jour. Elle n'a plus devant les yeux la sensation de mouches volantes dont elle s'était plaint pendant un certain temps. Elle a quelquefois de courtes absences de mémoire. Elle se plaint d'avoir parfois des sueurs abondantes au niveau de la face et de l'enflure autour des paupières et du nez. Néanmoins elle se trouve dans un état relativement satisfaisant et peut travailler.

Désirant nous rendre compte encore une fois par nous-même du rapport des émotions avec les crises des extrémités, nous suggérons à la malade endormie qu'un télégramme nous apprend la mort de sa fille. A ce moment elle frissonne, claque des dents, tremble de tout le corps. Les mains prennent successivement la coloration blanche, puis bleue, mal accentuée, en même temps qu'elles se refroidissent. Nous craignons une attaque de nerfs, et disons à la malade que nous nous sommes trompés. « Je le savais bien dit-elle, c'étaient encore des convulsions. » Elle est alors réveillée et c'est au bout d'une dizaine de minutes que les phénomènes vaso-moteurs s'accentuent. La coloration asphyxique est plus marquée, le refroidissement est considérable. La malade a perdu la sensibilité des doigts dont elle ne peut plus se servir. Elle est de nouveau réendormie et en quelques minutes sous l'influence de l'hypnose, les phénomènes vaso-moteurs disparaissent[1].

Résumé. — Il s'agit en somme d'une malade de quarante-trois ans ayant contracté quelques années auparavant un rhumatisme polyarticulaire qui, sous l'influence de chagrins et d'émotions, a présenté d'abord des phénomènes de neurasthénie avec idée de suicide, puis des crises convulsives hystériques; et qui, subitement le 1er mai 1892, sous l'influence d'un choc moral plus intense, est entrée d'emblée dans la maladie de Raynaud. L'asphyxie des extrémités s'est manifestée avec les caractères d'intermittence et de localisation habituelles. Au bout d'un certain temps s'est installé un véritable état de mal avec dix à douze crises par jour d'une durée de une à deux heures, en même temps qu'apparaissait de l'oligurie et de l'anurie.

L'hypnose a révélé la nature de l'affection et a modifié considérablement la névrose vaso-motrice et les troubles urinaires.

Sous son influence, l'anurie a été remplacée par de la polyu-

[1] Nous avons revu la malade au commencement de décembre. L'amélioration persiste. Il existe quelques rares crises syncopales d'une durée de vingt minutes sous l'influence du froid. La malade présente d'autres phénomènes vaso-moteurs : sueurs abondantes, œdème de la face.

rie légère persistante. Les crises des extrémités ont diminué de fréquence, de durée. Les crises asphyxiques ont disparu tout d'abord, puis les crises syncopales, pour ne revenir qu'à des intervalles éloignés et sous des influences qu'il a été possible de déterminer.

Il est quelques points dans l'observation qui méritent de fixer l'attention. L'existence du *rhumatisme articulaire* nous avait frappé dans les antécédents. Il avait été sévère, avait pris grosses et petites articulations. Le rhumatisme polyarticulaire se retouve chez un malade très complexe que nous suivons en ce moment. C'est un hystérique qui entre autres symptômes, fut pris, à la suite de chagrins et d'émotions, d'asphyxie des extrémités. Nous donnons quelques détails de son observation : « Lecl..., Lucien, quarante-six ans, cordonnier. Enfermé à Metz pendant la guerre franco-allemande, il commença un rhumatisme polyarticulaire qui envahit grosses et petites articulations et s'accentua pendant son envoi en Wurtemberg comme prisonnier et sa captivité dans ce pays. Pendant quatre mois consécutifs, il dut garder le lit et conserva de la difficulté à marcher jusqu'au départ, qui n'eut lieu qu'au bout de onze mois. Il eut une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu en 1892 qui dura trois mois.

Dans une observation que j'utiliserais plus loin, j'ai retrouvé de même le rhumatisme. Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, Pam..., Mélanie, qui aurait été éprise il y a six à huit ans d'un rhumatisme polyarticulaire douloureux et fébrile occupant les cous-de-pied, les genoux, les poignets, les coudes, les épaules, les doigts et la colonne vertébrale, et qui disparut en une dizaine de jours.

Le rhumatisme existait de même chez Simon, malade que nous avons observé l'an dernier, étant l'interne de M. Barth, à l'hôpital Broussais. Entré pour une asphyxie des extrémités, ce malade, âgé alors de cinquante ans, avait eu à trente ans un rhumatisme qui envahit successivement le poignet, le coude, les épaules et les genoux et y demeura quinze jours.

Il eut une hydarthrose du genou droit qui persista un certain temps puis disparut, laissant seulement quelques craquements que le malade éprouve encore.

La fréquence du rhumatisme apparaît d'ailleurs à la lecture des observations des auteurs, examinées à ce point de vue.

La même remarque s'applique aux cas d'érythromélalgie, au

nôtre en particulier. Déjà Weir Mitchell avait remarqué le fait. Lannois le mentionne dans sa thèse inaugurale. Il semble qu'il n'existe pas là une simple coïncidence, mais véritablement un rapport. Comment l'expliquer?

L'attention a été attirée dans l'étude du rhumatisme articulaire aigu sur les modifications de la sensibilité cutanée et de la sensibilité électrique[1]. Barbillon montre que non seulement au voisinage de l'articulation malade, mais encore sur toute la surface du membre atteint de rhumatisme, la sensibilité faradique est très diminuée ou complètement abolie. Drosdoff, cité par Œttinger[2], affirme même que des troubles de la sensibilité faradique peuvent s'observer avant tout signe d'inflammation articulaire. Barbillon attribue les troubles de la sensibilité à une action sur les téguments et les nerfs périphériques du virus rhumatismal. Ne peut-il de même exercer son influence sur les nerfs vaso-moteurs? En faveur de cette hypothèse, on peut faire valoir les sueurs profuses, phénomène banal dans le rhumatisme, ainsi que l'œdème. D'autre part, pour la polyurie qu'on trouve chez les rhumatisants, les auteurs admettent qu'elle est due en même temps qu'à l'action probable du poison rhumatismal sur les épithéliums du rein, à des phénomènes d'hypersécution « relevant sans doute des troubles vaso-moteurs et qui, dans un certain nombre de cas, donnent à l'albuminurie rhumatismale une physionomie particulière[3] ».

En résumé, le rhumatisme portant sur l'appareil vaso-moteur, crée un centre d'appel pour la manifestation ultérieure de troubles hystériques. Quelle que soit la valeur de cette interprétation hypothétique, il n'est pas moins vrai que pour réaliser la maladie de Raynaud chez les hystériques, le rhumatisme articulaire paraît être une cause adjuvante importante.

La maladie a eu ici un *début* brusque. C'est subitement, sous l'influence d'un choc moral, que se sont développés les phénomènes vaso-moteurs.

Alors que la maladie de Raynaud procède habituellement d'une façon progressive, c'est ainsi que chez les hystériques

[1] Barbillon. Th. Paris, 1894.

[2] *Traité de Médecine*, t. V, p. 510.

[3] De Saint-Germain, th. Paris, 1893.

débute l'asphyxie locale des extrémités. C'est là un des caractères propres à ce syndrome hystérique.

Elle a eu une *origine psychique*. Chez notre malade qui, sous l'influence d'émotions, a vu apparaître une attaque convulsive, une émotion plus vive amenée par l'accusation de s'être enfuie de chez elle pendant la nuit, provoque la première crise syncopale.

La causalité entre l'émotion et la crise apparaît dans le somnambulisme provoqué. La conversation est mise sur le sujet de la calomnie. Le souvenir acquérant plus de netteté, plus de précision, suivant la remarque de Janet, la malade frissonne de tout son corps, elle claque des dents en même temps que ses extrémités commencent à bleuir.

Elle est d'*essence psychique*. Cette proposition est capitale, car elle explique le mécanisme des crises.

L'émotion première a amené les premiers phénomènes. Cette émotion violente lui revient d'abord constamment à l'esprit, entraînant sa conséquence habituelle. Puis peu à peu, elle se transforme en une idée fixe plus ou moins consciente ou subconsciente, l'idée de calomnie, qui est la cause des crises spontanées en apparence, qui deviennent subintrantes. Les crises, entretenant l'idée fixe de la malade, et son idée fixe rappelant ses crises, il s'établit un cercle dont l'état de mal est l'expression symptomatiqne.

C'est en modifiant cette idée fixe, dont la réalité apparaît pendant l'hypnose, que nous obtenons du jour au lendemain une transformation dans le genre et la durée des crises.

Mais sur cette idée principale sont venues se greffer d'autres idées fixes subconscientes secondaires. Les conversations se rapportant à sa maladie, que la malade a entendues, l'inquiètent et sont une nouvelle cause d'aggravation du mal.

La nature psychique apparaît encore quand l'idée fixe a été supprimée, par interdiction, du champ de la conscience. De nouvelles émotions provoquent de nouvelles crises, disparues depuis quelque temps : une lecture qui lui rappelle des scènes de vie intime : son mariage avec un mari jaloux, la vue du corbillard d'une amie, la peur de la mort de sa nièce, l'ennui de trouver sa fille malade, la vue de cette enfant qu'elle croit morte, le retour de son mari blessé, etc. A ce sujet, on peut répéter ce que Pierre Janet dit dans son histoire d'une idée fixe[1].

[1] *Revue philosoph.*, févr. 1894.

De même qu'une infection antérieure diminue l'état de résistance et d'immunité antérieures d'organes spéciaux comme l'urèthre et l'utérus, et crée un état de réceptivité de ces organes pour des infections secondaires, de même la maladie n'est pas terminée avec l'idée fixe primitive. La réceptivité qui subsiste donne naissance à des rechutes sans cesse répétées.

L'influence des émotions devient manifeste pendant l'hypnose. La crainte que sa fille est morte détermine au bout de quelques minutes une crise asphyxique qui disparaîtra inversement pendant l'hypnose.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE.

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN.

DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS DANS LES DIVERSES PSYCHOSES [1].

DEUXIÈME LEÇON.

LE DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE [2].

Messieurs,

Deux malades vont nous permettre de donner une consécration clinique à cette esquisse didactique de la période des grandeurs. La première rentre à peine dans cette période; mais la transition n'en est pas moins apparente et se trahit déjà par une série de détails révélateurs.

Obs. III. — *P... Marie,* 54 *ans. État normal jusqu'à* 42 *ans. Genèse du délire en deux ans. Deuxième période à* 44 *ans. Hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. Systématisation de*

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n°s 92, 94.
[2] Leçon recueillie par M. le Dr Pécharman.

plus en plus étroite : Spirites ; mari et son ami Allard ; Préfecture de police. Nombreuses réactions. Néologismes. Début de la troisième période : modifications dans l'attitude ; allusions à des richesses.

P. Marie, épouse divorcée de R..., est âgée de cinquante-quatre ans.

Ses antécédents héréditaires ne sont pas connus d'une façon précise ; on sait cependant qu'il n'y a *jamais eu* d'aliénés dans sa famille. Mariée à vingt ans, la malade a eu trois enfants ; il ne lui reste plus aujourd'hui qu'une fille, âgée de vingt-sept ans, intelligente et rangée, mais un peu nerveuse. Les deux autres enfants sont morts en bas âge.

Jusqu'au début des accidents vésaniques qui l'amènent à l'asile, l'humeur de la malade ne s'était jamais départie de son égalité ; son caractère s'était toujours montré ferme et son jugement droit, malgré les vifs chagrins qu'elle éprouvait dans son ménage ; à peine mariée en effet, son mari se conduit mal ; il dissipe son bien dans les plaisirs les plus déréglés ; il vend le fonds de boucherie qu'ils possèdent ; il ne tarde pas à aliéner même son mobilier. Marie lutte de toutes ses forces pour faire rentrer au foyer un peu de cette aisance et de cet ordre que les folles dépenses de son mari en chassent chaque jour ; elle travaille au dehors ; elle tient la comptabilité dans plusieurs maisons de commerce. Partout où elle passe, on n'a qu'à se louer de son exactitude, de sa probité, de ses services. Mais son mari vit toujours dans la débauche ; elle demande et obtient la séparation de corps et de biens, qui sera plus tard consacrée par le divorce. Seule alors, elle ne travaille qu'avec plus d'assiduité et de courage ; elle remplit des emplois de caissière dans des boucheries, et elle consacre ce qu'elle gagne à l'éducation de sa fille.

Cette belle tenue de son caractère et de sa conduite n'est voilée, jusqu'à l'âge mûr, par aucune ombre délirante et ce n'est qu'en 1880, à quarante-deux ans, que sourdement débute la psychose. La malade devient soupçonneuse, inquiète, préoccupée ; elle s'imagine que son mari la fait suivre, qu'on cherche à ternir sa réputation, qu'on vient la discréditer chez son patron. « Mais celui-ci, dit-elle, n'écoute pas ses détracteurs. » Toujours aux écoutes, elle croit que les clients qui entrent dans le magasin parlent d'elle et s'en moquent. Elle commente leur attitude, elle s'attribue ce qu'ils disent. Dès lors elle change fréquemment de place. « Je n'avais plus de place officielle, je restais chez moi à faire de la tapisserie et de la broderie en attendant un emploi où je puisse trouver la tranquillité. » Cet emploi ne venait jamais ; et, non seulement il ne venait pas, mais encore les persécutions grandissaient de plus en plus.

En 1884, en effet, apparaît l'hallucination de l'ouïe, d'abord timide et intermittente. Des gens qu'elle ne connaît pas murmurent des mots désagréables ; peu à peu ils arrivent à la traiter de vache, de putain. « S'ils s'étaient, dit-elle, présentés devant moi, j'aurais pu leur répondre, mais ils se cachaient, pour crier leurs insultes. » Sort-elle d'un magasin, dans lequel elle vient de faire un achat, qu'elle entend dire d'un ton moqueur et méprisant : « Oh ! elle a acheté pour 50 centimes, pour 1 franc, etc. » Puis, les voix deviennent plus nombreuses, les insultes plus explicites. Elles viennent de la cloison, du plafond. Les *spirites*, dont les paroles traversent ainsi les murs, l'abreuvent d'outrages et de sarcasmes ; ils s'entretiennent des difficultés qu'elle éprouve à gagner sa vie ; ils se raillent de son travail. Indignée, elle leur répond avec force et les insulte à son tour ; elle a de la sorte avec eux d'interminables conversations. Ses persécuteurs ne se contentent bientôt plus de l'injurier ; ils la magnétisent, l'électrisent (1889) ; elle ressent de légères secousses électriques qu'ils lui lancent de la chambre voisine. Aussi voit-on s'accumuler ses plaintes au commissaire de police. Elle s'est cependant longtemps demandé quels peuvent être ses ennemis, et peu à peu cette conviction s'installe dans son esprit que son mari divorcé dirige leurs manœuvres, aidé de son ami Allard ; il corrompt des individus pour la suivre et l'insulter ; la préfecture de police est leur complice. Du nombre de ses persécuteurs, la malade n'excepte même pas sa fille « qu'on paye pour l'injurier ».

Ses récriminations continuelles, ses menaces, amènent son internement. Elle entre à l'asile le 20 mai 1890, elle s'y montre le plus souvent réticente, réservée, ne faisant que rarement l'histoire de ses persécutions. « Vous savez aussi bien que moi ce qui se passe, » nous répond-elle. Depuis, aucun trouble ne s'est atténué, et quand, poussée à bout par ses souffrances, elle éclate de nouveau, son visage s'anime, sa voix devient brève, saccadée ; et avec ses plaintes contre le personnel, contre le médecin qui la détient injustement, elle laisse échapper le récit de ses malheurs. On voit alors que, ni hallucinations, ni troubles de la sensibilité générale n'ont diminué. Roger, Allard, un jeune homme qu'elle a connu en 1889, sont là avec leurs maîtresses, qui la harcèlent de leurs injures, qui la magnétisent, qui l'électrisent. Ils complotent contre sa vie et crient de grossières sottises dans le grenier, ils l'endorment et Roger sert de medium. Ils lui versent de l'acide nitrique sur les mains ; ils lui travaillent toutes les articulations. Elle reconnaît, parmi les infirmières, des personnes qui l'avaient autrefois souillée ; d'ailleurs, dans Sainte-Anne, il n'y a ni infirmières, ni médecins ; tout le monde est agent de cette préfecture de police qui depuis treize ans lui fait « *un siège effroyable* » et à qui elle sert de litière. Elle est la victime de l'*optimisme* et il y a des opti-

mistes partout; elle se plaint de faiblesses, d'étourdissements, et elle les attribue à des machinations invisibles. Parfois elle refuse les aliments qu'on lui offre ou attend que ses compagnes en aient goûté avant de les prendre elle-même : n'y aurait-il pas du poison? et au dehors n'a-t-on pas essayé de se débarrasser d'elle aussi? « Plus de dix personnes peuvent affirmer qu'elle a été obligée de faire analyser ses aliments. » On fait sur elle de l'*anatomie;* et un jour, pendant que nous l'examinions, elle se lève brusquement de sa chaise, se plaignant d'une vive douleur dans les reins, à droite. C'était l'*anatomie naturelle*, qui agissait, bien différente de l'*anatomie comparée* par laquelle on dissèque les gens.

Telle est l'histoire de la malade pendant ces deux dernières années. Depuis quelques mois cependant à ces idées de persécution paraissent s'ajouter ou pour mieux dire se substituer des idées de grandeur. Son attitude se modifie; elle ne consent plus à s'occuper du ménage, n'enlève plus son couvert, ne fait plus son lit. Elle regarde ses compagnes d'un air dédaigneux, ne leur adresse que rarement la parole, s'éloigne d'elles; par un froid rigoureux elle se tient obstinément dans la cour, car elle « ne veut pas être dans la salle, avec ces femmes! » Dans ses conversations avec nous, elle fait encore, le plus souvent, allusion à ses persécutions imaginaires; toutefois elle nous avoue : « qu'elle aurait pu se marier avec un de ses compatriotes qui possédait plus de 50,000 francs, que dans sa famille ils sont tous riches de père en fils, qu'elle a elle-même de grandes propriétés qui lui permettraient de vivre à son aise si elle pouvait sortir.

Notre deuxième malade a évolué sous nos yeux; au moment de sa deuxième entrée, en mars 1892, à cinquante-deux ans, elle n'était encore que persécutée, et cependant, en raison de l'évolution de la maladie, de l'absence d'antécédents héréditaires, le diagnostic « délire chronique » put être porté. Aujourd'hui ce diagnostic est confirmé, car la malade est en pleine période des grandeurs.

OBS. IV. — *D... femme Ch..*, 53 *ans. Pas d'antécédents héréditaires. Intégrité de l'état mental jusqu'à* 39 *ans. Première période dure* 3 *ans, deuxième période* 12 *ans ; hallucinations auditives. Troisième période à* 52 *ans. Délire ambitieux systématisé.*

Augustine D..., femme Ch..., est âgée de cinquante-trois ans. — Elle est fille d'une mère qui s'est toujours montrée intelligente et bien pondérée. Son père, mort il y a quelques années d'une maladie de foie, n'était pas un alcoolique; il avait bien présenté quelques irrégularités de conduite, abandonnant par deux fois

son ménage pour venir à Paris chercher du travail, mais au demeurant c'était un homme calme, bon ouvrier, et dévoué à sa famille.

Augustine a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de douze ans; attentive, studieuse, intelligente, elle a appris avec facilité. Placée ensuite en apprentissage chez une fleuriste, elle est vite devenue bonne ouvrière; mais, mariée à vingt-deux ans, avec un comptable, elle abandonne son métier, à cause de la situation aisée de son mari, et se consacre tout entière aux soins du ménage. Elle est alors une ménagère rangée et économe, une femme d'humeur égale, une épouse aimante et dévouée. A vingt-neuf ans, elle perd le seul enfant qu'elle ait eu et qui meurt âgé de quatre ans et demi, de méningite. Elle en éprouve un violent chagrin, mais elle supporte ce deuil avec courage. Pendant cette longue période, de la plus jeune enfance à l'âge mûr, nous notons seulement à quinze ans une fièvre typhoïde, non accompagnée de délire, et qui ne laisse aucune trace après elle.

Jusqu'en 1879, l'équilibre mental d'Augustine se maintient ainsi, ferme et parfait. A cette époque, elle a trente-huit ans. Elle devient alors inquiète, préoccupée; elle commence à se plaindre qu'on la montre du doigt, qu'on chuchote sur son passage, qu'on sourit en la voyant, qu'on crache même dans sa direction. Des gamins postés sur les trottoirs la bousculent. Les voisins s'occupent de ses affaires et cherchent à la contrecarrer. Dans les magasins où elle se rend, avec l'intention d'acheter, se trouvent des personnes qui veulent l'en empêcher. Si elle ne désigne personne, si elle n'a encore que de vagues soupçons, elle épie cependant de tous côtés, elle semble à l'affût des moindres gestes de ses proches prête à les interpréter dans le sens de ses idées maladives. Un jour, son mari lui apporte, pour la cuisine, un morceau de porc : cela ne voulait-il pas dire clairement qu'elle avait pour mari un cochon ?

Cet état de pénible malaise, d'incubation, dure trois ans. En 1881, à quarante ans, éclate l'hallucination de l'ouïe; la deuxième période commence. Derrière la cloison de sa chambre, les voisins lui disent des grossièretés ; elle fait retapisser, pour échapper à leurs injures. Dans la propriété qu'elle habite pendant l'été à Joinville, des galopins qu'elle ne ne voit pas lui crient : « Vache, traînée, salope! » Elle leur répond en les traitant de « papillons de saint Antoine ». Dans les rues, les gamins courent après elle, l'appellent « vieille gaule » ou lui disent : « A Saint-Lazare. » La femme Aron, qui loge au-dessus de son appartement, reçoit une foule d'individus qui viennent comploter contre elle. Excédée par ces persécutions continues, elle déménage fréquemment; de 1881 à 1891, elle occupe dix logements, à Joinville, à Paris, Vincennes; puis elle se plaint aux autorités, aux commissaires de police; elle frappe une charbonnière avec une sorte de fronde qu'elle a fabriquée avec

un fragment d'obus; elle gifle des gamins qui passaient et qui, prétend-elle, l'injuriaient.

Internée pour la première fois, le 17 juin 1890, elle se montre à l'asile aussi hallucinée, aussi persécutée qu'au dehors; les malades l'insultent; ses voisins de Joinville se sont déplacés pour venir l'injurier encore. Sortie trois mois après, elle est calme en apparence, mais toujours délirante. Les persécutions, en effet, ne tardent pas à recommencer. Un jour qu'elle passait devant une écurie, elle entend un cocher lui dire : « Vieille grue. » Elle croit, dès lors, s'apercevoir que son mari entretient des relations adultères avec un grand nombre de femmes. « Tout lui est bon, dit-elle, honnête femme et catin, ouvrière et dame. » La concierge, femme cependant très âgée, la blanchisseuse d'en face sont au nombre des maîtresses de son mari. Celui-ci ne craint pas de les emmener au domicile conjugal, de souiller leur propre lit avec elles : Augustine s'en aperçoit bien, car ces femmes remplissent « l'appartement de puces ». D'ailleurs son mari ne découche-t-il pas deux ou trois fois par semaine? On dit bien qu'il se rend à Chantilly, dans une des propriétés de son maître, pour surveiller les piqueurs; mais Augustine n'en croit rien. Elle va aussi dans un café dont il est l'habitué, et où quelquefois il passe la soirée ; elle demande à la caissière si cela est bien vrai, mais celle-ci se met à rire. Furieuse, elle sort et elle n'est pas dans la rue qu'elle s'entend traiter de « vache, putain ». Cette situation lui semble intolérable; elle dépose une demande en divorce en 1891. La procédure était commencée, quand elle est internée pour la deuxième fois, le 17 mars 1892.

A l'asile, les interprétations délirantes, les hallucinations continuent de plus belle. La malade se plaint continuellement; s'enquiert-on de sa santé, elle se redresse et répond indignée qu'elle n'est pas malade ; ne lui parle-t-on pas, elle trouve qu'on la néglige. Dans les cours, elle insulte les personnes qui passent; elle ne fait, dit-elle, que répondre à leurs injures. Elle entend répéter ce qu'elle vient de dire ou de lire, mais non pas ce qu'elle pense. « Ceci, ajoute-t-elle, n'est pas possible, et je ne veux pas passer pour folle. » Son mari est toujours son principal persécuteur, mais voyant son internement se prolonger contre son gré, elle lui écrivit, en janvier 1893 une longue lettre; elle manifeste un vif regret de tous les reproches qu'elle lui a adressés et déclare ne désirer qu'une chose, faire la paix et revenir auprès de lui.

Modifiant alors sa conduite à son égard, elle le reçoit poliment, et lui témoigne même de l'amitié; un mois se passe ainsi, et il n'est pas encore question de sa sortie. Alors elle jette le masque, s'excite, avoue sa simulation et se perd dans des récriminations violentes. Cependant, au mois de mars 1893, douze ans après le début de la période de persécution, sa tenue se modifie. Elle refuse de vaquer, comme par le passé, aux soins du ménage; elle se plaint

de la promiscuité du dortoir, du réfectoire; elle s'éloigne des autres malades et se tient seule à l'écart; dans ses lettres à son mari, elle ne le tutoie plus, ne l'appelle même plus par son prénom, mais seulement de son nom de famille. Enfin, le 22 juin, elle s'avance vers nous, à la visite, et nous demande la permission d'écrire... au Président de la République. Et comme nous ne cachions pas notre étonnement, elle nous attire à l'écart, et, après nous avoir fait promettre de ne pas révéler son secret « Je veux, dit-elle, lui écrire, parce que je le connais. Je ne vous l'ai jamais dit, mais c'est moi qui ai chassé M. Grévy de la présidence pour le remplacer par M. Carnot. Aussi ce dernier est-il venu chez moi me remercier le lendemain de son élection. »

Depuis ce jour, nous n'avions pu obtenir d'elle d'aveux plus complets, quand, au mois d'octobre, nous tendant une lettre adressée au Président : « Voici, dit-elle, j'ai mis dans ma lettre mes deux adresses, afin que M. Carnot se souvienne mieux de moi. Il est venu en 1887 chez moi; il a frappé à ma porte, mais voyant que je ne lui ouvrais pas, il est redescendu dans la rue. J'ai pu alors l'apercevoir; il avait un pardessus garni de fourrure et un chapeau haut de forme. M. Grévy, d'ailleurs, était souvent venu à Joinville pour me défendre contre mes ennemis. Il me souriait et cherchait à me protéger contre mon mari; il paraissait être mon ami, mais j'ai dû le faire partir de la présidence, lorsque j'ai vu qu'il venait chez la femme Aron, cette concubine qui restait au-dessus, chez laquelle se rendait aussi quelquefois le comte de Paris. J'ai dit à mon mari : « Il faut qu'il parte par l'Internationale; je soulèverai les vidangeurs qui feront des barricades. » Grévy, devant ces menaces, n'a pas hésité à partir. M. Carnot ne doit garder le pouvoir que pendant deux ans ; ensuite on *me* proclamera République française. »

A partir de ce moment, le délire ambitieux d'Augustine s'étend, englobant en quelque sorte tous les faits passés, que la malade interprète ainsi dans le sens de ses idées actuelles de grandeur. A Joinville on a crié autrefois : Vive la D...! sur les boulevards on criait devant elle : Vive Auguste! (elle s'appelait Augustine). Au coin de l'avenue de l'Opéra, la foule l'a entourée un jour, avec des marques de profond respect; on s'inclinait devant elle, on l'appelait la République Boulanger. Dans les communes et dans Paris, on disait d'elle qu'elle était la Marseillaise, la France, la République. C'est elle qui a ordonné que les soldats ne portent plus le sac au camp de Saint-Maur. A l'asile même, ses camarades la connaissent bien. « Récemment, raconte-t-elle, une pauvre malade, qui croit être Mme de Freycinet, s'avançait sur moi en colère, quand, me regardant, elle s'arrête tout à coup et se met à chanter : La République vous regarde. » Augustine n'a pas abandonné pour cela ses idées de vengeance; dès qu'elle sera proclamée, elle fera

passer la loi sur le divorce; fatiguée de vivre dans la voyoucratie, elle punira le *trafic populaire;* si nous ne signons pas sa sortie, elle fera tomber nos têtes sur l'échafaud.

De la période des grandeurs qui marque déjà un certain degré d'affaiblissement de la résistance cérébrale, les délirants chroniques marchent graduellement vers la *démence*. Leur niveau mental baisse peu à peu, leur activité intellectuelle se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à ce qui les entoure; on les voit, adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenir à l'écart, immobiles; ils parlent seuls à voix basse, font tout à coup certains gestes, toujours les mêmes, en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si vous les interrogez, ils ne répondent pas tout d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. C'est bien là une déchéance réelle de l'intelligence que nous désignons du nom de *démence;* ce terme s'adressant, d'une manière générale, aux états intellectuels en voie de déclin.

Cette évolution fatalement tracée du délire chronique, telle que nous venons de la suivre, impose avec rigueur le *pronostic*. Et si, à la fin de la première période ou au début de la deuxième, la maladie marque parfois un temps d'arrêt, s'il y a rémission dans les symptômes, ceux-ci reparaissent bien vite, et la psychose reprend inexorablement sa marche.

La *durée* est illimitée. Il est impossible de fixer, pour chacune des périodes, le nombre d'années qu'elle met à évoluer. Si la première période dure en moyenne de deux à trois ans, on la voit quelquefois marcher plus vite, par exemple sous l'influence des abus de boissons. La deuxième période qui dure environ une quinzaine d'années, peut mettre vingt, trente ans à atteindre son terme.

Tel est ce *délire chronique à évolution systématique*, apparu à l'âge mûr, sur un sol à peu près indemne de tares héréditaires, chez des sujets jusque-là bien pondérés, et parcourant dans sa marche progressive les quatre stades d'inquiétude, de persécution, d'ambition, de démence.

Nous allons étudier maintenant les délires systématisés des

dégénérés, c'est-à-dire des sujets que l'hérédité a cérébralement tarés. Mais tout d'abord, et pour comprendre plus tard la genèse et l'évolution de ces délires, nous devons connaître le fond sur lequel ils se sont élevés. C'est le but que j'essayerai d'atteindre en vous exposant dans les leçons prochaines l'*état mental des dégénérés*.

LES DÉLIRES PLUS OU MOINS COHÉRENTS DÉSIGNÉS SOUS LE NOM DE PARANOIA (*suite*) [1] ;

Par le Dr P. KERAVAL,

Médecin en chef des asiles de la Seine.

La Verrücktheit aiguë de Westphal, étudiée par l'Ecole de Vienne, a donné naissance aux travaux de Meynert et Fritsch. Seulement Fritsch a désigné ces cas sous le nom de *Verwirrtheit* (confusion mentale) et les a considérés comme tout à fait distincts de la Verrücktheit parce qu'ils ont pour caractères : l'obnubilation de la conscience, et l'obscurité du jugement. Incapable de juger nettement de ce qui se passe en dehors de lui, le malade est fort troublé, sa conscience ne lui représente plus l'exacte situation des impressions extérieures qui constituent une partie de sa personnalité, ni l'aperception claire de l'enchaînement et du jeu des conceptions qui constituent l'autre partie du Moi : de là, un désordre mental évident, une incohérence intellectuelle inévitable, qui fatalement se traduisent par le décousu des propos et parfois par de la pseudo-aphasie. Les hémisphères cérébraux, dont l'activité est affaiblie, engendrent en outre des hallucinations sans nombre, peut-être dûes à un état de faiblesse irritable des éléments anatomiques : de là, ces accès d'agitation intercurrents avec nuance maniaque ou amœno-maniaque de l'humeur. La confusion mentale ainsi constituée est un symptôme de l'épilepsie, de lésions cérébrales en foyer, de la mélancolie, de la manie, du délire, de la *Verrück theit primœre*, ce n'est pas de la Verrücktheit primœre. Si la confusion mentale hallucinatoire (*hallucinatorische Verwirrtheit*)

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 94.

présente avec la *primære Verrücktheit* (*Wahnsinn*) de nombreux points de contact tels que la prédominance des hallucinations et des idées délirantes, elle s'en distingue par la rapidité et la multiplicité des hallucinations, par l'obnubilation de la conscience et l'obscurité du jugement qui s'opposent à l'échafaudage des idées délirantes organisées, enfin par la *rapidité de son évolution* qui assez souvent aboutit à la guérison. La confusion mentale aiguë ainsi esquissée n'a donc rien à voir avec la *Verrücktheit primære*, qui n'a pas la même terminaison, dans laquelle le Moi se transforme graduellement, sous le contrôle de la conscience, par l'intermédiaire d'un délire d'inquisition (*Beachtungswahn*) soupçonneuse, ayant pour facteurs des impressions morbides hypochondriaques et des hallucinations, qui dure longtemps, qui est caractérisée par l'enchaînement logique des conceptions délirantes et la rareté des hallucinations.

Meynert distingue en propres termes la *Verrücktheit aiguë primitive* (*acute primære Verrücktheit*) de la *Verrücktheit primære* ou *Wahnsinn*. La première ne proviendrait pas aussi nettement de l'hypochondrie ou du délire d'inquisition soupçonneuse. La seconde, ou Verrücktheit primitive à forme amœnomaniaque, serait au contraire constituée par des idées délirantes, plus ou moins logiquement enchaînées et soutenues, à propos desquelles le malade est capable de raisonnement, tandis que, dans la *Verrücktheit hallucinatoire aiguë*, c'est un délire décousu. Les changements d'humeur de cette dernière, tiennent à la teneur des hallucinations sensorielles. Les phénomènes catatoniques de Kahlbaum s'observeraient dans les deux cas (primœre Verrücktheit — *acute hallucinatorische Verwirrtheit*). Konrad embrasse les vues de Meynert.

Telle est la scission qu'on a établie entre la confusion mentale hallucinatoire (*hallucinatorische Verwirrtheit*) et la *Verrücktheit primære*, scission qui n'a fait que s'accuser dans ces derniers temps.

L'école de Vienne admet par conséquent qu'il n'y a pas de délire systématique aigu, que l'incoordination des idées délirantes de persécutions et de grandeurs et les hallucinations en masse qui l'accompagnent, témoignent du désordre extrême de l'intelligence, et elle en fait, sous la forme d'entité morbide, la confusion mentale hallucinatoire aiguë, tout à fait distincte du délire systématique organisé primitif, qui est un *Wahnsinn* ou une *Verrücktheit* ad libitum.

Le chaos s'éclaire. La confusion mentale en question est un

délire général hallucinatoire incohérent, dans lequel on trouve en germe des idées de persécutions, mais la dissociation des facultés ou trouble de la conscience s'oppose à leur cohésion, à leur amalgame, quel que soit le mécanisme de ce trouble, tandis que la folie systématique cristallisée procède du raisonnement intact coordonnant des éléments erronés. Nous voilà débarrassé du souci d'avoir à traduire et à expliquer la folie systématique aiguë.

M. de Krafft-Ebing, qui, à l'exemple d'une grande partie des maitres français, attribue à la dégénérence mentale une notable influence sur la forme des psychopathies, décrit parmi les psychonévroses, avec la mélancolie et la manie, un *hallucinatorischer Wahnsinn*. Il rattache à la dégénérescence mentale une *originære Paranoïa*, une *paranoïa acquise tardive* avec ses variétés : *paranoïa acquise typique* — *paranoïa querulans* — *paranoïa religiosa* — *paranoïa erotica*. La *paranoïa neurasthenica*, la *paranoïa sexuelle* ou *masturbatoire* seraient, de même que la folie par obsessions, des maladies mentales dües à des névroses constitutionnelles. Le *Wahnsinn hallucinatoire* correspond bien ici à la *Verrücktheit primitive aiguë* des autres auteurs (Westphal, Schœfer), moins le passage possible à la systématisation chronique (*systematische Paranoïa*), aussi l'auteur refuse-t-il d'y voir une folie systématique aiguë (*paranoïa acuta*); c'est, dit-il, une maladie provenant d'un épuisement fonctionnel, par exemple, à la suite d'une affection fébrile, pouvant aussi présenter, en tant qu'épisodes, des accidents de stupeur et de catatonie, des exacerbations et des rémissions, mais ne durant pas plus de quelques mois, et aboutissant à la guérison ou à la démence. Il y a évidemment, en l'espèce, affaiblissement de l'organe pensant; l'aperception y est d'emblée troublée ; il en résulte une atteinte de l'activité des phénomènes qui président au jugement et à la faculté de conclure. La conscience, très obnubilée, ne permet plus l'orientation du malade dans le temps, le lieu, l'espace ; mais il est encore parfois capable de mémoire. Quand la maladie affecte une marche moins aiguë, les hallucinations, moins pressées, procèdent plutôt par bouffées épisodiques, et alors se développe *quelque délire plus stable et plus cohérent*, mais *non systématisé à proprement parler*. Tantôt ce délire émane d'hallucinations sensorielles, tantôt il est primordial, d'emblée. Ce n'est qu'accidentellement que l'on voit les malades interpréter par des allégories les sensations morbides qu'ils éprouvent.

La *Paranoia*, au contraire, toujours d'après de Krafft-Ebing, est une psychopathie *chronique* qui survient exclusivement chez les individus ayant des tares héréditaires, et fréquemment à la suite de névroses constitutionnelles. Elle est *primitive;* c'est la folie systématique pleine et entière, pure. Le mécanisme intellectuel est dans sa forme épargné ; le malade juge et conclut d'après des prémisses fausses, et construit un délire à l'aide de fondations qui sont des fictions. Les idées délirantes et les hallucinations sensorielles réagissent sur l'humeur et les actes des malades. Mais les symptômes principaux sont : les idées délirantes, qui sont des créations de toutes pièces du cerveau malade ; contrairement aux délires du Wahsinn de Krafft-Ebing, d'emblée *méthodiques* et *systématiques*, elles émanent d'un travail de raisonnement, et s'enchaînent en formant un *édifice délirant*. Au début, ces éléments du délire sont engendrés par des chimères et des conclusions erronées, assistées par des paralogismes ; puis ils puisent leurs matériaux dans des illusions et même dans des hallucinations de la mémoire. La période d'acmé de la maladie est caractérisée par des hallucinations qui acquièrent d'autant plus de puissance, qui mettent à former le délire une activité d'autant plus grande, que la fonction syllogistique est remplacée par la perversion du raisonnement développée au maximum ou, pour mieux dire, par l'absence de toute critique. L'apparente lucidité de la conscience masque une perturbation spéciale, puisque les malades, malgré leur parfaite égalité d'humeur, malgré l'intégrité de leur aperception et de leur sang-froid, demeurent incapables de rectifier leurs hallucinations sensorielles et les acceptent, sans critique, comme des faits vrais. La maladie mentale en question a donc pour pivots : des troubles dans le domaine de la conception, représentés par le délire et l'absence de critique. De Krafft-Ebing ajoute qu'elle ne guérit point et n'aboutit point à la démence.

Ici donc le Vahnsinn est synonyme de Verrücktheit aiguë primitive sans le passage à la systématisation ; c'est un délire peu cohérent ; c'est l'analogue de la confusion mentale hallucinatoire aiguë, tandis que la folie systématique, toujours chronique (il n'y a pas de *paranoïa acuta*) est dénommée par le terme de paranoïa tout court : les variétés témoignent aussi de la chronicité et de l'organisation du délire sinon de sa systématisation vraie. Le mot paranoia sous lequel nous avons déjà vu désigner la folie systématique chronique

(*paranoïa chronica*) plus haut est particulièrement bien choisi : il est, de par sa composition, identique au mot verrücktheit, puisqu'il provient des deux mots grecs παρα νοια qui signifient déplacement de l'esprit, de même que verrücktheit. Nous renvoyons par suite le lecteur à la méditation de la signification des variétés et du type admis par de Krafft-Ebing, à la lumière de cette étymologie comparée; il aura vite compris ce qu'est la paranoïa originelle, ou acquise, tardive, etc. Quant aux questions de doctrine basées sur la notion de la dégénérescence mentale et des névroses constitutionnelles nous en parlerons plus loin.

M. Schuele emploie au contraire le terme de *Wahnsinn* comme synonyme de *paranoïa*, dont il admet trois formes — une forme aiguë — une forme chronique — une forme stupide (identique à la catatonie de Kahlbaum). Le délire systématique originel (originœre Verrücktheit) est, avec le délire des persécutés persécuteurs chicaniers (Quœrulantenvahnsinn), décrit au chapitre de la *Folie héréditaire*.

D'après cet auteur, le Wahnsinn, aigu ou chronique, a pour caractère que l'état de l'humeur correspond au genre des hallucinations sensorielles qui le produisent et l'entretiennent, et qu'il est en rapport avec un trouble de la pensée, de la vie conceptuelle. Le moi est transformé, soit par exagération du sentiment de la personnalité qui peut aller jusqu'à la création d'un Moi allégorique, soit par diminution du sens de l'activité personnelle qui fait penser au malheureux qu'il est l'objet de sévices et vexations l'amoindrissant. Les hallucinations sensorielles apportent naturellement à ces conceptions l'appoint des sensations spéciales. Ces idées s'implantent, grâce à des lacunes concomitantes du raisonnement, affaiblissement ou absence de critique et de réflexion, imputables à la diminution et à l'exclusion de l'activité cérébrale.

La folie systématique chronique type (*typische chronische Wahnsinnsform*) a, d'après Schuele, pour caractères, un trouble partiel de la conscience, compatible avec la conservation de ce qui reste de la vie intellectuelle normale du Moi sain. Dans le *Wahnsinn aigu*, le trouble de la conscience est plus ou moins profond et persistant, les hallucinations sensorielles s'y reflétant tantôt pour donner naissance à des idées délirantes en rapport avec elles, tantôt pour engendrer de simples tableaux kaléidoscopiques producteurs d'idées passagères comme eux : de même que dans le délire systématique chronique, il s'effec-

tue souvent des rémissions et des exacerbations. Les exacerbations du délire systématique chronique sont tout simplement des formes du *Wahnsinn hallucinatoire aigu*.

M. Schuele n'a eu de garde, conformément à la description précédente, d'oublier aucune des variétés dont son ouvrage est amplement fourni. Il nous suffira d'indiquer que la folie systématique originelle (*originære Verrücktheit*) y représente un groupe de la folie systématique chronique type (*typischer Wahnsinn*) qui n'est pas, comme la folie systématique acquise, le produit d'une affection nerveuse tardive, mais qui se constitue sur le terrain d'une disposition congénitale et anormale du cerveau.

C'est net, Wahnsinn égale paranoia, et paranoïa veut dire folie systématique. Celle-ci est aiguë ou chronique, acquise ou d'origine dégénérative, ce qui veut dire que l'état de désordre intellectuel aigu (verwirrtheit), ne mérite pas de qualification spéciale parce qu'il est composé des mêmes éléments que le délire systématique chronique, qu'il peut en être le premier début, se montrer dans le cours de ce dernier, ou, ce qui est la même chose, parce que le délire systématique chronique peut s'exaspérer et prendre ainsi l'aspect aigu. Les deux termes Wahnsinn et paranoïa, identiques, sont donc alors adéquats aussi à Verrücktheit, dont la forme originelle est une espèce, ainsi que le délire des persécutés persécuteurs. Tout se réduit à la notion des idées délirantes de persécution ou autres, plus ou moins cohérentes suivant qu'il s'agit de l'état aigu ou de l'état chronique.

M. Krœpelin, de son côté, n'emploie pas le mot *paranoïa* dans sa classification. Il décrit, comme autant de modalités distinctes et séparées, la confusion mentale hallucinatoire (*hallucinatorische Verwirrtheit*), le *Wahnsinn* et la *Verrücktheit*. Il distingue la première et la sépare des divers délires, parce qu'elle se rattache à l'épuisement aigu du cerveau, qu'elle a une longue durée, un développement psychologique autonome, une étiologie spéciale et un pronostic favorable. Il admet aussi un *Wahnsinn hallucinatoire* dans lequel il existe une grande confusion mentale, des hallucinations sensorielles abondantes et fantaisistes, mais la marche en est généralement rapide; il n'est pas impossible, ajoute-t-il, que, dans les délires du collapsus, dans la confusion mentale hallucinatoire, et dans certaines formes du délire hallucinatoire (*hallucinatorischer Wahnsinn*) nous ayons affaire à des processus morbides analogues. La confusion

mentale (*Verwirrtheit*) produit rapidement un trouble profond de la conscience; en même temps surviennent des hallucinations sensorielles nombreuses : celles-ci engendrent une sorte de rêvasserie particulière à laquelle cependant le malade croit comme à une réalité. L'humeur varie, mais l'ensemble de la sensibilité affective reflète un état d'angoisse.

Le *Wahnsinn* de Krœpelin a pour éléments des troubles intellectuels machinés (idées délirantes et hallucinations sensorielles) entraînant des modifications de la sensibilité morale, et évoluant promptement. S'il est *hallucinatoire*, les hallucinations dominent la scène, et ce sont elles qui engendrent, secondairement, des idées délirantes, et des anomalies de l'humeur : le malade est tout désorienté. La forme *aiguë* se développe très vite, évolue favorablement; ses hallucinations, le malade les considère comme entendues malgré lui et non directement. Quant à la forme *chronique*, elle se distinguerait de la folie systématique vraie ou *Verrücktheit*, par sa marche, l'activité de la sensibilité morale, la mobilité et l'incoordination des idées délirantes, et la rapidité relative de sa terminaison par guérison ou affaiblissement intellectuel. Krœpelin admet encore un délire dépressif (*depressiver Wahnsinn*) caractérisé par des idées d'autoculpabilité et des hallucinations sensorielles, que le malade rapporte à l'enfer, et correspondant souvent au délire d'autoculpabilité. Il se rapprocherait de la mélancolie, car il se développe en des conditions semblables, mais il paraît plus en rapport pathogénique avec la prédisposition héréditaire. Fréquemment, il a été précédé de troubles psychiques antérieurs. Il se distinguerait de la mélancolie par le développement plus accentué et plus inventif du trouble intellectuel, et des psychopathies séniles par l'intensité des troubles de la sensibilité affective, la plus grande abondance des idées, et la moindre accentuation de l'affaiblissement intellectuel. Krœpelin admet encore, pour faire pendant à celui-ci, un délire expansif (*expansiver Wahnsinn*) caractérisé par des idées de grandeur et l'exaltation de l'humeur, et se distinguant de la folie systématique ou *Verrücktheit* de même nuance, par l'acuité de son évolution, sa terminaison favorable, ou son rapide passage à la confusion mentale (*Verwirrtheit*).

La *Verrücktheit* de Krœpelin, c'est la folie systématique véritable. Elle consiste en une profonde transformation de la personnalité, une interprétation pathologique et élaboration mor-

bide des impressions externes et internes. Les fonctions intellectuelles les plus élevées sont atteintes; le raisonnement est avant tout insuffisant, et les facultés mentales sont dans un état d'infirmité qui préside à l'évolution de la maladie. C'est en vain que le monde extérieur fournit au cerveau des éléments d'activité fructueux; ceux-ci sont falsifiés par les troubles subjectifs les plus variés. Le symptôme le plus marquant, c'est une idée délirante fichée dans le psukê, ou un système d'idées délirantes de même ordre. Tantôt les idées délirantes sont le produit des hallucinations sensorielles, tantôt elles sont primordiales et pénètrent déjà organisées dans la connaissance, associées ou non à des impressions sensorielles vraies. En fait la conscience conserve sa lucidité, le malade ne perd pas son sang-froid. Pronostic complètement défavorable; la maladie se termine invariablement par un affaiblissement intellectuel plus ou moins prononcé. Les variétés sont les suivantes :

1° Délire des persécutions hallucinatoire; 2° Délire des persécutions combiné; 3° Folie systématique (*Verrücktheit*) hypochondriaque; 4° Délire de chicane; persécutés persécuteurs (*Quærulantenvahn*) ; 5° Délire des grandeurs hallucinatoire ; 6° Délire des grandeurs combiné ; 7° Folie systématique originelle (*originære Verrücktheit*).

La catatonie peut se montrer dans le Wahnsinn ou dans la Verrücktheit sans troubler les éléments du diagnostic différentiel.

Ce qui donne un caractère spécial à cette terminologie, c'est la distinction entre le Wahnsinn hallucinatoire et la confusion mentale hallucinatoire, quoique M. Krœpelin n'en paraisse pas bien convaincu (il est certain que ce n'est là qu'une question de degré dans l'agitation intellectuelle); ce sont les divers genres de délires mélancoliques avec hallucinations, idées de persécutions, désordre dans des idées, désignés sous le nom de *Wahnsinn;* c'est enfin la consécration particulière de la mélancolie délirante et du délire des grandeurs épisodique contrastant avec les variétés de la folie vraiment systématique décrite sous le nom de *Verrücktheit.*

M. Salgó pense que, dans la folie systématique (*Verrücktheit*), il y a toujours affaiblissement psychique. A la folie systématique, rarement curable, il oppose la confusion mentale hallucinatoire aiguë (*acute hallucinatorische Verwirrtheit*).

« Tant, écrit-il, qu'un individu résiste à ses hallucinations et à ses idées délirantes, en conservant la netteté de son juge-

ment et l'intégrité de son intelligence, il ne saurait être question de *Verrücktheit*. Dans cette dernière, il s'agit d'un état de faiblesse mentale ayant pour symptômes cardinaux la démence accompagnée d'hallucinations et d'idées délirantes systématisées (*systematisirte Hallucinationen und Wahnideen*). »

Plus loin, cet auteur s'élève contre la classification actuelle de la folie systématique (*Verrücktheit*), visant vraisemblablement celle de Schuele et Krœpelin, peut-être aussi celle de de Krafft-Ebing. « On a, dit-il, distingué, non pas seulement une Verrücktheit mélancolique et maniaque, mais encore un groupe que l'on prétend être un type, et auquel on attribue le mélange d'idées de grandeurs et de persécutions, on a même prononcé le mot de folie systématique (Verrücktheit) avec prédominance de délire sexuel ; il est évident que, sur ce terrain, on ouvre la porte à toutes les fantaisies, à toutes les préférences individuelles des observateurs et que ces concessions portent un coup terrible à l'interprétation générale de la Verrücktheit sur laquelle l'accord commun devient des plus douteux. »

A côté de cela, M. Salgó voit dans la folie par obsessions une forme abortive de folie systématique, dans le sens de Westphal.

La confusion mentale hallucinatoire aiguë (*acute hallucinatorische Verwirrtheit*) de Salgó est une maladie mentale se développant rapidement, atteignant rapidement son maximum d'intensité, qui est caractérisée par des hallucinations pressées et mobiles, l'état d'humeur des malades variant avec la même rapidité au fur et à mesure des changements à vue des tableaux sensoriels.

Les rémissions n'y sont pas rares. La guérison s'effectue lentement ; dans bon nombre de cas, il y a chronicité irréparable. Quelques-uns de ces malades en meurent dans un état d'agitation permanent, c'est pourquoi il en faut rapprocher le *délire aigu*. Les difficultés du diagnostic sont grandes.

(*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Quelques points sur l'association des désordres sensitifs et des maladies viscérales; par James Mackensie. (*Brain*, Part. III, 1893, p. 321.)

L'auteur pense que la douleur liée aux affections viscérales est une douleur réflexe due à l'irritation des nerfs périphériques qui passent au voisinage des organes malades, et qu'elle n'existe pas dans l'organe lui-même. Etudiant ensuite la sensibilité des tissus viscéraux, il en distingue trois sortes, les séreuses, les muscles et les glandes, et les regarde comme incapables d'être le point de départ de sensations douloureuses par eux-mêmes. Il pense que, lorsque dans une affection viscérale donnée, il y a un champ limité d'hyperesthésie, celui-ci occupe une situation dans la zone de distribution d'un nerf spinal dont une des racines était intimement associée avec la racine des nerfs sympathiques qui aboutissent à l'organe malade. Quand l'hyperesthésie est plus étendue, cette diffusion tient à ce que d'autres nerfs spinaux ont leurs racines en communication avec le sympathique intéressé. Beaucoup d'autres phénomènes accompagnant les affections viscérales, s'expliquent de la même façon, et ne diffèrent que par ce fait que l'irritation atteint tantôt des nerfs moteurs, tantôt des nerfs sensitifs, ou des nerfs sécréteurs. On remarque par contre les effets de la stimulation de la peau sur les viscères qui montrent la relation intime qui existe entre la peau et les organes sous-jacents. Dans ce cas l'irritation réflexe se produit en sens contraire, voilà tout. On comprend tout l'intérêt qu'il y a à reconnaître les zones d'hyperesthésie de la peau qui correspondent aux différents organes, pour le diagnostic du siège exact des lésions viscérales. Quant aux tissus sous-cutanés, l'auteur ne croit pas à leur sensibilité, ce qui permet de faire des opérations, sans qu'il soit souvent nécessaire de faire autre chose que l'anesthésie de la peau, comme par exemple pour les plaies du périnée. P. Sollier.

II. Distribution sensitive des nerfs spinaux; par William Thornburn. (*Brain*, Part. III, 1893, p. 355.)

Le Dr Head, dans un travail paru dans la première partie du

Brain, 1893, avait démontré qu'il existe, associées avec les différentes maladies viscérales, des zones définies et constantes d'hyperesthésie cutanée, chaque zone ayant un point maximum où il existe de la douleur, et que ces zones maxima coïncident avec celles que Mackenzie et d'autres ont montré être celles où apparaît l'herpès zoster. La conclusion était que ces zones représentent la distribution cutanée des fibres chargées de percevoir la douleur émanée de chaque segment spinal. Thornburn fait la critique de la méthode et des résultats de Head et propose de nouvelles conclusions en s'appuyant à la fois sur l'anatomie normale et sur les faits cliniques dans lesquels il y a lésion limitée de la moelle ou des racines. — Il pense que les segments spinaux sensitifs sont mieux définis que les zones des racines, qui, elles, empiètent généralement les unes sur les autres. Il donne un certain nombre de schémas de sensibilité, tant personnels qu'empruntés à d'autres auteurs, pour la délimitation de ces zones, qui sont beaucoup plus faciles à déterminer quand il s'agit d'anesthésie que d'hyperesthésie.

P. S.

III. Sur les troubles sensitifs produits par une lésion localisée de la moelle; par Hale White. (*Brain*, Part. III, 1893, p. 375.)

Cas de compression de la moelle au point d'origine de la huitième paire dorsale. Il existait une anesthésie de toute la zone du huitième nerf dorsal à droite, et seulement du neuvième à gauche, ce qui tenait sans doute à l'inégale compression des deux côtés de la moelle. Cette disposition confirme les vues de Head. De plus, on constatait que dans la zone d'anesthésie, la douleur était interprétée comme une sensation de tact. Il y avait analgésie sans anesthésie. Il y avait anesthésie au froid et à la chaleur. Le sens musculaire était conservé. Comme la moelle était comprimée sur les parties latérales, l'auteur en conclut que les sensations de douleur et de température passent par ces parties latérales, tandis que le tact et les sensations musculaires passent par les parties postérieures de la moelle. P. S.

IV. Œdème angio-nerveux; par Ernest Wills et Dudley Cooper. (*Brain*, Part. III, 1893, p. 362.)

Trois cas d'œdème hystérique. Dans le premier cas, il survint à la suite d'érythème autour de l'œil droit chez un homme de vingt-deux ans sujet à des attaques de nerfs et paraplégique; dans le second chez une jeune fille de quatorze ans, au niveau du coude droit; le troisième fut observé chez un homme de vingt-deux ans, sur la face, et revenait par accès. Enfin l'auteur rapporte deux autres cas d'œdème, l'un chez un paralytique général, l'autre chez une démente. P. S.

V. Importance relative des lésions histologiques fines de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale; par Cristison Carter. (*Brain*, part. III, 1893, p. 393.)

L'auteur pense que dans les maladies cérébrales les fonctions troublées, qu'elles soient mentales ou physiques, doivent être immédiatement attribuées à une dégénération des cellules nerveuses. Cette dégénération peut être primitive ou secondaire. Dans la paralysie générale la dégénérescence des cellules nerveuses survient fréquemment sans les apparences morbides spéciales ordinairement considérées comme caractéristiques et, à un certain degré, causales. Il est cependant plus que probable que la lésion primitive de la cellule nerveuse est la condition essentielle de la maladie. P. S.

VI. Cas de fracture de la colonne vertébrale avec lésion de la moelle; par Thunnicliffe. (*Brain*, part. III, 1893, p. 445.)

Les symptômes étaient au-dessous de la ligne passant par la lésion : perte complète de sensibilité au toucher, à la douleur, au froid et au chaud, paralysie complète, respiration complètement diaphragmatique, secousses du grand pectoral, rétention d'urine, urticaire par pression, absence de sudation, réflexes cutanés plantaires et crémastériens persistants, réflexes profonds, patellaire, ou du coude, absents. Au-dessus de la lésion existait une zone étroite de sensibilité diminuée, et au-dessous une zone d'hyperesthésie douloureuse. A l'autopsie, on voyait sur la coupe de la moelle au niveau de la lésion de nombreuses taches hémorrhagiques aussi bien dans les parties grises que dans les blanches.

P. S.

VII. Blessure du nerf médian; restauration du nerf; par Savill. (*Brain*, part. III, 1893, p. 452.)

Dans ce cas où un pouce et demi du tronc nerveux fut enlevé, la réparation musculaire se fit cependant bien, mais les os restèrent atrophiés; la sensibilité revint complètement. P. S.

VIII. Théorie de la représentation visuelle corticale; par Ewens. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 475.)

L'auteur propose une théorie qui serait selon lui capable de concilier les contradictions qui existent encore entre les différents cas cliniques d'hémiopie pour établir le siège cortical exact de la vision. Elle consiste en ce que la vision dans le champ général de la rétine est distincte de celle de la macula lutea, c'est-à-dire que, quoique les deux puissent fréquemment et même habituellement,

agir ensemble, la vision est possible par la rétine seule sans la macula lutea, ou par la macula lutea sans la rétine circonvoisine.

P. S.

IX. Le siège sensoriel de l'aphasie; par Shaw. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 492.)

L'auteur passe en revue les différentes opinions sur le siège des aphasies sensorielles et pense que tous les cas nouveaux publiés devraient être accompagnés de schémas précis pour éviter les contradictions apparentes entre les faits. P. S.

X. Le réflexe pilomoteur ou chair de poule; par James Mackenzie. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 515.)

La chair de poule est un phénomène dont on s'est peu préoccupé et qu'on décrit en bloc en l'attribuant à la contraction du muscle pilaire. Mais il n'y a pas besoin, pour qu'il se produise, de l'érection du poil visiblement, il se produit généralement une projection des glandes ou follicules au-dessus de la peau, donnant lieu à une sensation toute spéciale. Or, cette sensation peut se produire dans des points où il n'y a pas de chair de poule, de sorte que ce n'est pas seulement le tiraillement, la tension de la peau qui en est cause, et d'un autre côté la chair de poule peut exister sans que la sensation se produise. La chair de poule peut se produire sur tout le corps, sauf les oreilles, les mains et les poignets, les pieds et les chevilles. En stimulant la peau, l'auteur a reconnu que la chair de poule produite s'étend sur une surface qui occupe le champ de distribution de nerfs dont les connexions centrales sont en parfaite contiguïté avec celles des nerfs afférents aux surfaces excitées. L'auteur rapporte un certain nombre de cas expérimentaux avec schémas à l'appui pour montrer quel secours cette méthode peut apporter à l'étude de la distribution des nerfs dans les membres et de la diffusion de l'irritation aux centres nerveux dans les maladies viscérales. P. S.

XI. Un cas de dégénération descendante du lemniscus, consécutif a une lésion du cerveau; par Alex. Bruce. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 465.)

Observation accompagnée de quatre planches histologiques, pour servir à l'étude du trajet des fibres en connexion avec la pyramide antérieure. P. S.

XII. Travaux récents sur le cervelet et ses rapports; avec des remarques sur ses connexions centrales et son influence tro-

PHIQUE SUR LE CINQUIÈME NERF; par David FERRIER. (*Brain*, part. I, 1894, p. 1.)

L'auteur expose dans son discours d'ouverture de la société neurologique la question actuelle du cervelet, et rapporte quelques expériences personnelles sur la section du cinquième nerf entre le ganglion de Gasser et le globe oculaire. Il résulte de ces expériences que la section de la branche ophtalmique du cinquième nerf n'entraîne pas nécessairement des troubles trophiques dans le globe oculaire. Ces troubles sont vraisemblablement dus à l'irritation inflammatoire du nerf, irritation qui amène des lésions de la cornée. P. S.

XIII. CLASSIFICATION DES ACTES RÉFLEXES; par FRASER HARRIS. (*Brain*, part. II, 1894, p. 232.)

L'auteur fait d'abord deux grandes divisions en : 1° Réflexes périphéro-moteurs et 2° centro-moteurs.

Dans les premiers il place les réflexes : *a*, excito-moteurs; *b*, algio-moteurs et *c*, sensori-moteurs. Les réflexes excito-moteurs comprennent les excito-musculaires (muscles volontaires et involontaires), excito-glandulaires, excito-vasculaires et excito-métaboliques. De même, dans les algio-moteurs, il faut distinguer les algio-musculaires, algio-glandulaires, algio-vasculaires et algio-métaboliques, de même que dans les sensori-moteurs il y a les sensori-musculaires, les sensori-glandulaires, les sensori-vasculaires et les sensori-métaboliques. Les réflexes centro-moteurs comprennent deux groupes : *a*, émotio-moteurs (musculaires, glandulaires, vasculaires, métaboliques) et *b*, coléo-moteurs (musculaires, glandulaires, médullaires, métaboliques). P. S.

XIV. CAS DE TUMEUR DE LA PROTUBÉRANCE ET DE L'ESPACE INTERPÉDONCULAIRE; par SHARKEY. (*Brain*, part. II, 1894, p. 238.)

Homme de quarante-trois ans. Trois mois et demi avant son admission à l'hôpital : sueurs profuses, paralysie des droits supérieurs des yeux, hémianopsie, surdité, engourdissement du côté droit. Au moment de son admission, altérations du sens du toucher, de la température, difficulté pour parler; inégalité pupillaires, maux de tête, amnésie. Puis plus tard affaiblissement intellectuel, aphasie, paralysie faciale droite, perte du goût et du sens musculaire, névrite optique, hémiplégie droite partielle, cachexie, mort. A l'autopsie, tumeur occupant le pont de Varole et l'espace interpédonculaire et englobant le pédoncule cérébral droit.

P. S.

XV. Sur une action inhibitrice de l'écorce cérébrale; par le Dr S. Sherrington.

Il est intéressant, pour l'étude des fonctions de l'écorce cérébrale, de constater d'une façon expérimentale que celle-ci a, non seulement une action excitatrice, mais aussi une action inhibitrice sur la contraction musculaire et sur le tonus musculaire. Brown-Séquard a longuement insisté sur cette double action. Les expériences de l'auteur faites sur le singe viennent à l'appui de cette manière de voir; elles ont montré que l'excitation qui détermine la contraction des muscles droits interne et externe produit en même temps l'inhibition de la contraction ou du tonus de leurs antagonistes.

Il n'y a, dans ces expériences, rien qui indique que l'inhibition observée soit d'une nature autre que centrale. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XVI. Étude du sens thermique; par W. H. Riley, B. S. M. D. (*The Journal of nervous and mentale disease.* Septembre 1894.)

Ce travail très soigné porte sur les points suivants : 1° quelle est la sensibilité relative de la peau au chaud et au froid sur les différentes parties du corps? 2° quelle est la température qui donne la sensation de douleur par application du froid ou du chaud sur diverses parties du corps? 3° quelle est la température la plus basse qui donnera par application sur la surface cutanée la sensation de chaleur, et la température la plus haute qui donnera la sensation de froid? 4° quelle est la relation qui existe (si toutefois il y en a une) entre le nombre de « points spécialement sensibles à la chaleur » et à la sensibilité à la chaleur dans les différentes parties du corps et entre les points « spécialement sensibles au froid » et la sensibilité au froid? 5° quelles sont les influences qui modifient le sens thermique pour le froid et pour la chaleur? 6° quel est le « temps de réaction » au froid et au chaud dans les différentes parties du corps? Ses conclusions sont les suivantes: 1° l'auteur donne un tableau très détaillé des résultats de ses recherches; il semblerait en outre que la surface cutanée est plus sensible à la température inférieure à celle de sa surface qu'aux températures supérieures; 2° et 3° les variations de température entre 5° C. et 60° C. produisent des sensations de chaud ou de froid sur toutes les parties du corps avec peu ou pas de douleurs. Les températures au-dessous de 5° C. et supérieures à 68° C. produisent de la douleur en plus de la sensation de chaud ou de froid, quand l'épreuve est faite par application d'un corps sur la peau; quand la main est trempée dans de l'eau à des températures variées, les degrés exigés sont 10° C. et 50° C. Au-dessus ou au-dessous de cette température il y a sensation de froid ou de chaud mais indolore. Ces résul-

tats varient d'ailleurs suivant l'individu, les parties éprouvées, les dimensions de la surface entamée mise à l'épreuve, l'épaisseur, la température de la peau; 4° la sensibilité relative des différentes parties du corps au froid et à la chaleur est indiquée par des schémas qui accompagnent le travail; 5° dans la plupart des expériences la sensation de chaleur sur n'importe quelle partie du corps est produite : *a.* par un arrêt de la radiation de chaleur dans n'importe quelle partie du corps, alors que l'apport sanguin reste toujours le même; *b.* par le contact avec un objet ou un milieu d'une température supérieure; *c.* par une augmentation de la chaleur interne du corps comme dans l'hyperhémie. Les sensations de froid sont produites : *a.* par une augmentation de la déperdition de chaleur de la peau l'apport sanguin restant le même; *b.* par le contact avec des objets ayant une température objective égale à celle de l'air ambiant mais qui conduisent mieux la température que l'air; *c.* par le contact avec un objet ou un milieu d'une température inférieure; *d.* par la diminution de la chaleur intérieure d'une région comme par exemple par la contraction des vaisseaux sanguins qui irriguent une région cutanée; 6° « le temps de réaction » au froid et au chaud est variable suivant la température, les régions éprouvées, etc.; toutes causes d'erreur mises à part, elle est à peu de chose près la même pour les sensations de chaleur ou de froid d'une intensité égale appliquée aux mêmes régions cutanées.

J.-C. Charcot.

XVII. Un cas de ramollissement aigu du cerveau; par Ph. Zenner. (*Medical Record*, New-York, juillet 28, 1894.)

Observation de ramollissement aigu du cerveau se terminant en un mois par la mort. L'intérêt est surtout dans la progression, dans l'évolution des symptômes. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic dans de semblables cas avec l'hémiplégie hystérique.

J.-B. C.

XVIII. Un cas de gliomatose de la moelle (avec syringomyélie) avec hémorragies; par Ch.-L. Dana M. D. (*The Journal of nervous and mental disease*, septembre 1894.)

Dans bien des cas, il est préférable de se servir du terme gliomatose plutôt que de celui de syringomyélie, car fréquemment la cavité est petite et de peu d'importance dans la production des symptômes. L'observation publiée est un exemple d'infiltration gliomateuse de la moelle ayant provoqué des symptômes de myélite transverse. — Homme ayant contracté récemment la syphilis. Quinze mois avant son admission, souffre de douleurs dans la jambe droite, puis dans la jambe gauche, puis dans la région lom-

baire. Au bout de peu de temps, paraplégie complète et subite qui dura trois mois. Amélioration progressive, le malade peut marcher, mais avec difficulté. Entre alors à l'hôpital où on constate : exagération des réflexes, paraplégie, douleurs vives et lancinantes dans les jambes et le dos, anesthésie bien marquée dans la jambe droite. Pas d'atrophie musculaire ni de troubles sphinctériens. Au bout de deux mois, paraplégie complète pour la motilité et pour la sensibilité, réflexes très exagérés. Rétention d'urine et des fèces. Céphalalgies violentes, vomissements, fièvre, mort.

A l'autopsie, au niveau de la huitième dorsale, on constate un élargissement fusiforme de la moelle, s'étendant en haut et en bas pendant environ 3 centimètres. Une section à ce niveau montrait un caillot sanguin occupant la presque totalité de la moelle; ce foyer hémorragique correspondait à l'élargissement de la moelle. L'examen histologique a montré que la moelle était infiltrée de tissu gliomateux et que l'hémorragie a été secondaire. Dans des points avoisinants, on trouvait la moelle infiltrée de tissu gliomateux et par places de petits foyers hémorragiques. Dans la portion inférieure du bout de moelle lésé, on trouve un petit foyer de tissu gliomateux situé dans les cordons postérieurs à droite, à peu près là où siègent les lésions du tabes; il est très probable que les douleurs peuvent être attribuées à ce fait. J.-B. Charcot.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Sur l'influence du tremblement provoqué par les oscillations rythmiques des diapasons sur l'organisme humain; par M. Tschigaieff. (*Nerologuitschesky Vestnik* [*Messager de Neurologie*], t. II, F. 3.)

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Sous l'influence des vibrations mécaniques des diapasons : 1° les pupilles se dilatent dans la plupart des cas; 2° le pouls se ralentit ou s'accélère selon les sujets; mais après un ralentissement survient toujours une accélération de même qu'une accélération est suivie d'un ralentissement; 3° la pression sanguine s'élève; 4° la respiration change souvent de rythme, mais surtout de fréquence en plus ou moins sans règle bien fixée; 5° la température s'abaisse

sous l'aisselle, dans les oreilles et sur la surface cutanée; elle s'élève, au contraire, dans le rectum; 6° la sensibilité tactile et douloureuse diminue légèrement; 7° la force musculaire reste la même, et enfin 8° très souvent se déclare une grande tendance au sommeil. J. ROUBINOVITCH.

II. SUR L'USAGE SIMULTANÉ DES BROMURES ET DE L'ADONIS VERNALIS DANS L'ÉPILEPSIE; par BECHTEREFF. (*Nerologuitschesky Vestnick* [*Messager de Neurologie*], t. II, f. 3, Kazan 1894.)

L'auteur rapporte deux observations qui prouveraient l'utilité de l'emploi simultané de l'infusion de l'*adonis vernalis* et des préparations bromurées dans le traitement de l'épilepsie. Cette médication aurait l'avantage de faire cesser presque brusquement les attaques comitiales et dans tous les cas de les rendre beaucoup moins fortes et moins fréquentes.

L'auteur a été amené à adopter cette combinaison pour des considérations d'ordre pathogénique. Partant de cette idée qu'à la base des attaques d'épilepsie se trouvent des troubles vaso-moteurs dans le cerveau avec tendance à l'hypérémie, il a pensé qu'il est tout indiqué de se servir d'un médicament qui, en augmentant la pression sanguine, resserre en même temps les vaisseaux; or, ce serait une des propriétés de l'*adonis vernalis*. J. ROUBINOVITCH.

III. SUR LA MÉTHODE DE FRAENKEL DANS LE TRAITEMENT DU TABES; par P. OSTANKOFF. (*Nerologuitschesky Vestnik* [*Messager Neurologique*], t. II, f. 3, Kazan, 1894.)

On sait en quoi consiste la méthode mécanique de Fraenkel.

Pour cet auteur, on doit comparer un ataxique à un enfant à qui on doit apprendre à marcher. Sa méthode consiste à faire exécuter au malade des différents mouvements coordonnés plus ou moins compliqués en l'engageant à se contrôler lui-même et à se regarder attentivement au moment de l'exécution en ayant soin de bien corriger toutes les irrégularités provoquées par l'ataxie. M. Ostankoff qui a appliqué cette méthode sur les ataxiques du service de M. Bechtereff, arrive à des conclusions très favorables; des exercices de gymnastique modérés augmentent la force musculaire dans les extrémités affaiblies; la coordination du mouvement s'améliore; la démarche de l'ataxique devient plus assurée.

J. ROUBINOVITCH.

IV. QUELQUES MOYENS DE TRAITEMENT RÉCENTS DE L'ÉPILEPSIE ET EN PARTICULIER DU TRAITEMENT PAR L'OPIUM; par Joseph COLLINS M. D. (*Medical Record*, 22 septembre 1894.)

L'auteur, après avoir passé en revue les différents moyens de

traitement de l'épilepsie, insiste particulièrement sur le traitement par l'opium, suivant la méthode employée par Flechsig et, après l'avoir essayé sur 36 cas, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans presque chaque cas où ce traitement a été expérimenté, il y a eu une rémission dans les accès de plus ou moins longue durée ; 2° il y a généralement une cessation complète d'accès pendant une période variant de huit jours à quelques mois; 3° la fréquence des accès, après le traitement, est au moins, pendant la première année, diminuée de plus de moitié ; 4° après la période de cessation complète, les accès qui surviennent sont beaucoup moins graves qu'auparavant ; 5° cette méthode de traitement est surtout profitable dans les cas anciens et invétérés; 6° on ne peut le recommander dans les cas récents; 7° ce traitement est un adjuvant important au traitement habituel par les bromures, dont il prépare et active l'action; 8° ce traitement permet l'application simultanée de tout autre. J.-B. CHARCOT.

V. UN CAS DE MYXŒDÈME TRAITÉ PAR LA GLANDE THYROÏDE DU MOUTON; par Samuel AYRES M. D. (*The Journal of nervous and mental Disease*, août 1894.)

Revue rapide de la théorie thyroïdienne de la maladie de Graves. Deux observations de cas traités par la thyroïdectomie, par J.-Arthur Booth M. D.

VI. PROGRÈS DANS LES SOINS ET LE TRAITEMENT DONNÉS AUX ALIÉNÉS DEPUIS CINQUANTE ANS ; par le Dr COWLES.

Historique intéressant des progrès réalisés dans le traitement de l'aliénation mentale, depuis Pinel et Esquirol. L'auteur rappelle les noms et l'œuvre de Heïnroth, de Griesinger, de Connolly, de Rush, etc. Depuis la chute des théories de l'inflammation, la saignée a disparu comme moyen thérapeutique de la folie, pour faire place à l'indication, féconde en résultats, d'un traitement tonique. Avec les progrès réalisés dans les sciences chimiques, les sédatifs du système nerveux et les hypnotiques se sont multipliés.

Le traitement moral a été de mieux en mieux compris : il est plus généralement reconnu qu'une occupation saine pour le corps et l'esprit est le meilleur médicament pour l'esprit malade. Le plus grand progrès réalisé a été dans l'organisation du corps des infirmiers : il était réservé aux dix dernières années du siècle qui a commencé avec Pinel et Tuke, de voir l'établissement effectif d'un nombre considérable d'écoles d'instruction professionnelle pour les infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés.

L'emploi de nouvelles et meilleures méthodes de traitement deviendra plus facile à mesure qu'on possédera un personnel plus instruit pour les appliquer. (*American journal of insanity*, 1894.)

VII. Du traitement des aliénés en Finlande; par le Dr Hongberg.

En Finlande, comme partout, le nombre des aliénés va de plus en plus en augmentant. L'historique de la médication des aliénés, en Finlande, commence seulement le 1er juillet 1841, jour de l'inauguration, près d'Helsingfors, du premier asile d'aliénés de la région, l'asile de Lapwik. Depuis ce temps, plusieurs asiles ont été créés, dont un pour les aliénés criminels et les malades chroniques, en même temps que, dans quelques villes, un quartier d'hospice a été disposé pour recevoir quelques aliénés.

Le nombre total des malades traités dans les asiles publics, en 1891, a été de 891, parmi lesquels 438 étaient entrés dans l'année même. A noter le prix relativement élevé du prix de journée pour les malades, qui est de 2 marks 36 pour l'asile de Lappvik, c'est-à-dire de 2 fr. 95 par malade. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

VIII. La cure des buveurs; par le Dr Marandon de Montyel.

D'une étude aussi intéressante que documentée, composée en partie avec les données fournies par les médecins étrangers, dont la pratique est déjà assez ancienne, et en partie avec l'expérience acquise dans le quartier spécial organisé par lui à Ville-Evrard depuis cinq mois, l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. — L'ivrogne est curable dans la proportion d'au moins un tiers;

II. — La base de la thérapeutique de l'ivrognerie est l'abstinence totale, forcée et prolongée ; hors de ce moyen, il n'y a aucune guérison à espérer;

III. — L'abstinence totale, forcée et prolongée doit avoir pour adjuvants physiques le traitement de la maladie du système nerveux dont l'ivrognerie est le symptôme, et un milieu calme où règne une discipline militaire ;

IV —L'abstinence totale doit être imposée d'emblée; le delirium tremens n'en est pas la conséquence. Les seules incommodités constatées consistent en céphalée, fatigue générale et sueurs profuses, malaises sans gravité;

V. — Il est indispensable d'habituer le buveur à l'usage d'une boisson économique qui soit pour lui un désaltérant et un plaisir;

VI. — La durée du traitement devrait être d'un an au moins. Ce traitement devrait comporter deux temps à peu près égaux; un temps d'isolement complet pour faire perdre au buveur le goût de l'alcool et un temps d'épreuve pour l'habituer à résister aux occasions;

VII. — La première cure est décisive : le buveur qui rechute est condamné à rester buveur;

VIII. — Afin d'assurer la durée nécessaire à la guérison définitive du buveur, il est indispensable qu'une législation spéciale relative aux ivrognes soit votée;

IX. — Il convient de s'assurer, par tous les moyens, de la solidité de la guérison du buveur, avant de le mettre en liberté; car l'abstinence prolongée peut être une arme à deux tranchants : déshabitué de la boisson, si celui-ci boit, il est exposé à une ivresse agressive et dangereuse.

X. — La rechute, quand elle se produit, s'opère en deux temps; le buveur guéri, avant de redevenir ivrogne, commence par être demi-abstinent.

XI. — La force de résistance aux occasions, loin de croître avec le temps, va au contraire constamment en diminuant.

XII. — Il est indispensable qu'à sa sortie le buveur soit placé dans un milieu favorable et soumis à une surveillance efficace. L'abandon de son métier s'impose, si c'est ce métier qui l'a rendu alcoolique. (*Annales médico-psychologiques*, 1894.) E. B.

IX. Traitement des aliénés au Canada; par le Dr Clarke.

La province d'Ontario a toujours été regardée comme la plus progressiste du Canada, au sujet des perfectionnements à apporter au traitement des aliénés.

Le no-restraint a été accepté en principe dans presque tous les asiles de la province, et, dans deux d'entre eux, institué en fait depuis dix ans.

Dans toutes les provinces canadiennes, les soins apportés aux aliénés, sont aussi complets que possible : malheureusement le public n'a pas encore appris à regarder la folie comme une maladie qui peut être cause de crime; aucune disposition n'a été encore prise pour les soins spéciaux à donner aux aliénés criminels, et il n'y a pas bien longtemps encore que quelques individus ont été pendus, qui portaient des traces évidentes de maladie cérébrale. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

X. Des soins a donner aux épileptiques, par le Dr Peterson.

Les soins à donner aux épileptiques comprennent, en même temps que leur traitement médical, une série d'adjuvants, d'auxiliaires.

L'auteur, après avoir rappelé le grand nombre d'épileptiques que l'on rencontre aux États-Unis (douze mille pour l'état de New-York seul), et énuméré tous les obstacles que rencontrent dans la vie les

épileptiques, soit pour s'instruire, soit pour gagner leur vie, etc., montre que les asiles ne devraient recevoir qu'un petit nombre d'épileptiques et que les autres devraient être groupés dans des colonies où ils trouveraient réunis tous les éléments d'éducation et de travail adaptés à leur situation, en même temps qu'un traitement rationnel au grand air et dans un milieu où, entourés de malades comme eux, ils ne seraient pas un objet de répulsion pour l'entourage.

Cette idée a, du reste, été déjà mise en pratique, mais par initiative privée, en plusieurs endroits, notamment à la force, près de Lyon, à Bielefield, dans la province de Westphalie, puis en Suisse, en Hollande.

Les États-Unis ne devaient pas rester en arrière dans cette voie et plusieurs des États ont déjà décidé la création de colonies d'épileptiques, organisées en villages où chacun aura sa maison se livrera ou sera exercé aux occupations auxquelles il est apte, et recevra en même temps le traitement rationel en rapport avec sa maladie. (*American journal of insanity*, 1884). E. B.

XI. Contribution a l'étude de l'action du sulfonal par H. Schedtler. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat,* L. 3, 4.)

Quarante et une observations, nombreux tableaux, de 1888-1890. Ce médicament serait plutôt un sédatif qu'un narcotique. Par son absorption lente, il assure, calme et sommeil graduels qui persistent. Excellent aussi chez les mélancoliques agités et anxieux, à doses réfractées de 0,5 à 1 et 3 grammes en 24 heures. N'employez point de hautes doses. Quand on veut rapidement provoquer le sommeil, par exemple pour couper une attaque d'hystérie, mieux vaut la paraldéhyde et l'hydrate de chloral, administré en tablettes de 1 gramme; il est inodore et insipide. Si l'on a affaire à des agités et à des sitiophobes, on se sert de la sonde œsophagienne. Dans l'insomnie causée par les douleurs on préférera la morphine.

L'*intoxication légère* par le sulfonal se traduit par : de la somnolence, de la pâleur, des nausées, des vomissements, de la titubation, de la diarrhée; mais rien de caractéristique dans le pouls et la respiration, santé générale peu troublée, persistance de l'appétit. Dès qu'apparaît l'un des signes énumérés, on suspend le médicament et tout rentre dans l'ordre. L'intoxication peut se montrer après quelques jours d'une dose quotidienne de 2 à 3 grammes, mais généralement on peut l'administrer pendant des mois sans aucun accident à des doses de 1 à 3 grammes sans inconvénients. Il ne faut l'ordonner à la dose de 3 grammes dans les vingt-quatre heures que dans les cas d'angoisse et d'agitation vives, car, au surplus, 1 à 2 grammes provoquent le sommeil.

L'*intoxication grave* (ob. 6 et 41) provient de l'ingestion de

grandes quantités de sulfonal en peu de temps (dose cumulatrice, obs. 6.) ou de doses quotidiennes de 2 à 3 grammes pendant des mois (obs. 41). Elle peut être évitée soit par la suspension du médicament soit en alternant l'administration avec celle d'un autre narcotique; la preuve, c'est que dans ces deux dernières années, M. Schedtler ne l'a plus observée en se soumettant à la prudence nécessaire. P. KERAVAL.

XII. DE L'ASTASIE-ABASIE ET DE SON TRAITEMENT, par R. FRIEDLÆNDER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Le caractère de ce symptôme est le suivant. Les malades couchés exécutent sans perte de forces, sans incoordination, toute espèce de mouvements avec des membres inférieurs, mais ne peuvent se tenir debout ni marcher. Le forme la plus fréquente est la forme paralytique avec forte diminution ou suppression complète de la difficulté de marcher et de se tenir debout. Il en existe une variété lente et chronique assez fréquente. Il convient aussi de séparer nettement la paralysie hystérique de la paralysie neurasthénique et hypochondriaque. Dans cette dernière, il y a sentiment d'impuissance consécutif à l'expérience que le malade a faite des troubles morbides qui apparaissent lorsqu'il veut se tenir debout et marcher. Dans la première, les mouvements associés sont arrêtés. Le neurasthénique ou hypochondriaque vous dira : Quand j'essaie de marcher, j'éprouve de l'angoisse, des vertiges, des battements de cœur, des douleurs et de la paresthésie dans les jambes, j'ai des sensations optiques. Mais, tout bien considéré, mieux vaut employer le nom d'astasie-abasie uniquement pour celle de l'hystérie, car c'est un symptôme purement hystérique. Il est dû à un trouble fonctionnel des centres corticaux coordinateurs qui n'atteint point les centres des mouvements simples des membres inférieurs. Il y a dans l'espèce, non perte des conceptions représentatives des mouvements, mais arrêté dans les associations cérébrales nécessaires à la transformation des conceptions représentatives des mouvements en mouvements réels. Cet arrêt vient par auto-suggestion due à l'hypersuggestibilité morbide caractéristique de l'hystérie (ceci est à craindre chez les individus en état d'hynoptisme). Dès lors la participation des centres infra-corticaux est purement secondaire, ceux-ci étant privés de l'influence régulatrice des centres corticaux. Il y a donc lieu de traiter ce symptôme par suggestion (hypnotisme — courant faradique — gymnastique et massage). Les exercices méthodiques comprendront : 1° les mouvements passifs dans la situation couchée ; 2° les mouvements de résistance dans la situation debout; 3° la pratique de la station debout, sans appui ; 4° les exercices préparatoires pour la marche, dans la station debout; 5° des exercices de marche. P. K.

XIII. Un mot sur les narcotiques et les psychoses, par F. Siemens. (*All. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

Expérimentation personnelle du *baume de chanvre indien* (marque de Denzel) à la dose de 10 centigrammes pendant trois heures accès délirant, puis grande faiblesse et finalement sommeil d'un quart d'heure : réveil avec grand malaise sans troubles intellectuels. Les mêmes accidents à peu près ont suivi l'ingestion par deux collègues de 5 centigrammes du même produit; ivresse aiguë, sommeil mais malaise consécutif. Avec 5 milligrammes d'*hyoscyamine*, M. Siemens a éprouvé tous les accidents désagréables ordinaires; plus de la polyurie, de la parésie vésicale (rétention), la perte de l'accommodation, de la prostration avec parésie musculaire.

Il n'y a guère, conclut-il, que le *sulfonal* qui rend de bons services mais il faut aliter les malades et les laisser dormir, sinon ils titubent. Le *trional* est aussi bon. Mais ce sont pas des médicaments indifférents pour l'organisme; la preuve en est dans l'hématoporphyrinurie et leurs autres inconvénients.

La *bière* et le bon *cognac* sont également de bons narcotiques. Et les *opiacés*, surtout la *morphine*, excellent chez les agités; à la condition qu'on prenne des précautions habituelles : doses modérées avec interruptions intermittentes. L'*association du chloral à la morphine* agit bien aussi. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 *octobre*. — Présidence de M. A. Voisin.

Les asiles d'alcooliques. — M. Christian se demande si les remèdes proposés contre l'envahissement de l'alcoolisme auront la vertu qu'on leur attribue. L'alcoolisme est un danger qui menace l'humanité dans ses forces vives. Les sociétés de tempérance essaient la persuasion, en conseillant aux buveurs de s'abstenir et aussi la rigueur, en demandant aux pouvoirs publics des lois répressives ou prohibitives. Mais, là même où les lois sont les plus terribles, le mal est-il supprimé ? Autrefois l'hypnotisme faisait des merveilles; aujourd'hui ce moyen est insuffisant pour corriger les

ivrognes et on demande des asiles spéciaux. A-t-on réfléchi aux questions de première importance qui doivent être résolues avant d'ouvrir ces asiles.

Quels sont les alcooliques qu'on y enfermera? Les prendra-t-on dans la période d'agitation, pendant qu'ils sont atteints de folie alcoolique aiguë, de delirium tremens?

On voudrait bien n'accueillir que les alcooliques calmes. Il me semble à moi, dit-il, que les alcooliques aigus sont les seuls qu'il soit possible d'y recevoir. De quel droit enfermeriez-vous les buveurs qui cuvent leur vin sans scandale? Et les autres, de quel droit les retiendrez-vous quand les accidents alcooliques auront disparu. Garder un alcoolique jusqu'à ce qu'il ait contracté « le goût de l'eau » c'est une utopie irréalisable.

D'ailleurs le vin et la bière non frelatés n'amènent pas d'accidents intellectuels. Nous ne voyons de délirants alcooliques que depuis la sophistication des boissons spiritueuses répandues impunément dans le public.

Comme conclusion, j'estime que le seul moyen d'enrayer les progrès de la folie alcoolique consiste dans la rectification des alcools dont l'Etat devrait prendre le monopole.

Créer des asiles d'alcooliques, c'est accomplir une œuvre vaine.

M. Joffroy se félicite d'être, en principe, d'accord avec M. Christian. Il a cependant adopté la création d'asiles d'ivrognes, sous certaines conditions. Comme on ne peut supprimer l'alcool, pourquoi ne pas essayer d'en améliorer la qualité? L'alcool de bonne qualité est peu toxique, aussi doit-on souhaiter la monopolisation par l'État de la rectification des alcools. La difficulté de la question réside dans le nombre colossal des bouilleurs de cru qui, ayant le privilège de pouvoir distiller leurs produits, ne se gênent nullement pour distiller, par surcroît, ceux de leurs voisins. Le débitant y trouve son compte; on connaît trop son rôle dans les élections politiques pour espérer que les députés voteront une loi en faveur du monopole.

M. Voisin affirme que dans le département de la Sarthe, où l'on ne distille que des pommes, l'alcoolisme cérébral est une rareté.

M. Briand, sans nier l'influence de la qualité de l'alcool sur la production du délire alcoolique, remarque qu'il faut tenir un plus grand compte qu'on ne le fait généralement de la prédisposition individuelle. Ce sont toujours les mêmes buveurs qui fréquentent les asiles. Beaucoup y reviennent après avoir très peu fait d'excès nouveaux.

M. Christian. — Il n'est pas étonnant que les mêmes retombent dans le délire, quand on les voit boire les alcools frelatés du commerce.

M. Briand. — C'est précisément à cause du grand nombre de

buveurs et du petit nombre relatif de délirants, qui fait admettre en faveur de ceux-ci, une prédisposition particulière à délirer. D'autres verseront par une autre prédisposition dans la cirrhose du foie qui est rare chez les buveurs aliénés.

M. Charpentier. — Comment comprendre que, par prédisposition, on puisse, suivant les cas, boire beaucoup sans devenir aliéné ou perdre la raison sans faire de grands excès?

M. Motet. — En face du danger social qui nous menace et de la mauvaise qualité de l'alcool du commerce, il y aurait lieu de faire savoir à la population que l'industrie prépare mal l'alcool. Les sociétés de tempérance ont là un rôle important à remplir. Elles ameneront peut-être l'Etat à vérifier la qualité des alcools industriels et à ne les livrer au commerce qu'après les avoir débarrassés de leurs éthers toxiques.

M. Briand propose d'émettre le vœu suivant : « En face du progrès de l'alcoolisme en France, la Société Médico-psychologique émet le vœu que les pouvoirs publics se préoccupent do la fabrication des alcools livrés à la consommation. »

M. Vallon. — Cette solution n'est pas à souhaiter, si l'Etat traite l'alcool comme il traite les allumettes.

M. G. Ballet ne défend que théoriquement la monopolisation par l'Etat. Dans la pratique, elle peut devenir dangereuse. Toute question d'hygiène se double d'une question d'ordre financier, qui passe toujours avant l'hygiène. Comme l'alcool bien rectifié reviendra à un prix plus élevé, il est à craindre que l'État, après avoir tué la concurrence, n'en arrive peu à peu à fabriquer un alcool plus mauvais que celui qui est actuellement livré par l'industrie.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE DE VIENNE [1].

La plupart des mémoires dont la liste suit ont été publiés dans le *Jahrbücher f. Psychiatrie.* et analysés par conséquent dans les *Archives de Neurologie*. Les autres ont été reçus comme communications dans la *Wien. klin. Wochenschrift* par dérogation aux habitudes antérieures. Ce sont : Schloess. *Présentation de cerveaux*

[1] L'esquisse suprà du compte rendu de cette Société, est publiée ici pour la première fois. D'ailleurs c'est la Société de psychiatrie et de psychologie médico-légale de Vienne qui a changé de nom dont il n'a pas été publié de compte rendu depuis 1893. Voyez *Archives de Neurologie*, t. XXVI, p. 264 et t. XXIV, p. 98. (P. K.)

d'idiots. — FRITSCH. *Mélancolie irritable.* — DE SOELDER. *Etude clinique d'une observation de tumeur de la protubérance.* — LINSMEYER. *Lésions anatomiques trouvées chez un malade atteint d'acromégalie, présenté à la Société.* — DE KRAFFT-EBING. *Expériences d'hypnotisme.* — LINSMEYER. *Présentation d'un malade atteint de myosite ossifiante.* — REDLICH. *Lésions anatomiques de la paralysie agitante.* — DE FRANKL-HOCHWART. *Présentation d'un cas de névrite brachiale.* — HIRSCHL. *Présentation d'un cas d'amyotrophie spinale.* — C. MAYER. *Lésions anatomiques de la moelle dans les tumeurs cérébrales.* — DE SOELDER. *Présentation d'un cas de paramyotonie.*

Voilà pour l'année 1893 (17 mai 1893-12 décembre 1893).

Les quatre séances de 1894 (janvier à mai) ont été occupées par les sujets suivants:

JANCHEN. *Présentation de deux cas de névrose traumatique.* — SCHLESINGER. *Présentation d'un cas de tétanie dans la dilatation stomacale.* — C. MAYER. *Méthode de Marchi sur le système nerveux central des nouveau-nés.* — KORNFELD. *De la folie systématique. (paranoïa) originaire.* — PINELES. *Présentation d'un cas de paralysie bulbaire (type Erb-Goldflam).* — MAYER. *Présentation de deux frères atteints d'une maladie du système nerveux central de famille.* — REDLICH. *Présentation d'un cas de dystrophie musculaire tardive.* — NARATH. *Présentation d'un cas de gangrène artificielle chez une hystérique.* — SCHLESINGER. *Présentation d'un cas d'hypertrophie musculaire dans la syringomyélie.* — LINSMEYER. *Présentation d'un malade atteint d'atrophie musculaire étendue.* — DE KRAFFT-EBING. *Présentation d'un cas d'hystérie chez l'homme (apoplexie hystérique).* — GAUSTER. *Le nouvel asile d'aliénés d'État.*

Le Bureau de la Société est ainsi composé : *Président :* M. DE KRAFFT-EBING ; *Secrétaires :* MM. E. BOECK et C. MAYER ; *Trésorier :* M. PANCHEN ; *Bibliothécaire :* M. BUBENICK ; *Vice-président :* M. GAUSTER ; *Censeurs :* MM. FRITSCH et SVATLIN. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XIII, 1.)

P. KERAVAL.

LXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE.

SESSION DE BRESLAU.

Séance du 26 *novembre* 1892. — PRÉSIDENCE de M. WERNICKE.

M. WERNICKE présente quatorze malades de sa clinique; les deux premiers constituent des exemples d'idées *présomptueuses* ou d'exa-

génération isolées. Les douze autres sont présentées par l'orateur comme des observations de *psychoses de la motilité*. Une publication complète sera faite sur ce sujet.

LXIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE.

SESSION DE BRESLAU.

Séance du 1er mars 1893. — Présidence de M. Wernicke.

M. Sachs présente le *cerveau* du malade décrit par M. Fœrster sous le nom de *cécité corticale* (*Archiv. f. Ophthalmologie*, t. XXXVI). L'*autopsie* révèle un foyer de ramollissement symétriquement placé de chaque côté dans le fond et au pourtour du sillon collatéral (2e scissure temporo-occipitale) [1]; ce foyer a également détruit la substance blanche sur une grande étendue jusqu'au plancher du ventricule latéral. Le cerveau sera examiné après durcissement. On décrira la lésion en détail dans un mémoire qui sera publié.

M. Wernicke présente un malade chez lequel il a diagnostiqué un foyer de ramollissement traumatique dans la région du tiers moyen des ascendantes, consécutif à la rupture d'un anévrysme. (Plus tard ce malade a eu de l'épilepsie corticale, on l'a trépané et on a vidé le foyer.)

M. Neisser fait un rapport sur un malade qui, à l'instigation du tribunal, a été mis et est encore en observation à l'asile de Leubus. C'est à la suite d'un nombre infini de requêtes de sa part et de réclamations processives qu'on a soupçonné l'aliénation mentale. Il n'a pas d'idées délirantes, ni en particulier d'idées de persécutions, mais il présente dans toute sa pureté un trouble psychique élémentaire. Toute une série fixe de conceptions en rapport avec une exagération intense de l'émotivité l'obsèdent et assiègent l'idéation. Il s'agit d'un héréditaire fortement taré qui, il n'y a pas bien longtemps, fut atteint d'une blessure céphalique grave, d'autant plus qu'il était phthisique; cet état physique a une grande importance dans l'espèce. L'observation sera publiée dans les *Archiv f. Psychiatrie*.

[1] Voyez *Synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme*. (*Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 181.)

LXIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE.

SESSION DE SORAU.

Séance du 25 *juin* 1893. — PRÉSIDENCE DE M. WERNICKÉ.

M. HEBOLD. *Contribution à l'étude de l'aphasie*. (Mémoire publié dans l'*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. L.)

Discussion : M. WERNICKE. — Il faut être prudent en matière de localisations quand on veut apprécier les lésions du cerveau des paralytiques généraux. Mais il est évident que la description anatomique de M. Hebold (obs. I) était exacte.

M. SELLE. *Quelques cas d'idées présomptueuses ou d'exagération.*— Dans la *Deutsche medicinische* Wochenschrift du 23 juin 1892, M. Wernicke émet l'opinion que sans doute aucun il y a des cas de délire *de chicane* caractérisés par un délire tout à fait *circonscrit* tournant autour d'une idée fixe suivant le sens des vieux auteurs.

Voici, par exemple, une paysanne de soixante ans qui, à la suite d'une émotion morale (son fils, par un acte infâme, a laissé passer son bien en des mains étrangères), est tourmentée de l'idée fixe ou exagérée, que la vente est irrégulière, qu'il ne s'agit que d'un contrat apparent, aussi s'adresse-t-elle, quand cette conviction a pénétré dans son esprit, aux tribunaux qu'elle fatigue de ses réclamations. Dans cet exemple, en dehors du délire des persécutions coordonné dans sa logique, d'après lequel les magistrats se seraient tournés contre elle, et les témoins se seraient entendus pour se parjurer, les renseignements sur la vie antérieure de la malade ont montré qu'elle présentait dans sa jeunesse de la faiblesse intellectuelle, qu'elle n'a jamais pu apprendre à écrire et à compter, mais qu'elle avait une exagération remarquable de sa personnalité; toujours prête à discuter et un peu irritable, elle a une sœur épileptique.

Ce cas vient donc à l'appui de l'assertion de Wernicke, d'après laquelle le délire de chicane et tout un groupe de folies partielles proviennent d'idées présomptueuses ou exagérées, la conscience demeurant intacte ou à peu près. Evidemment, dans l'espèce, depuis des années, il y avait une exagération pathologique de la conscience du moi qui s'était développée sur le terrain prédisposé d'une faiblesse irritable du système nerveux central. On ne saurait contester qu'une vive émotion ne puisse, sans que la conscience fût troublée, développer une idée présomptueuse ou exagérée, mais

alors il ne me paraît pas prouvé que celle-ci puisse subsister, parce que les conceptions incessantes qui se produisent peuvent la corriger à la longue, en vertu des lois ondulatoires de la psychophysique. Si au contraire il n'y a plus de conceptions ou de perceptions correctrices d'égale valeur, ainsi que cela se voit dans un cerveau déjà affaibli, les idées présomptueuses ou exagérées se donnent libre carrière, par suppression de la loi psychophysique d'équivalence. Pour établir cette opinion, voici quelques observations :

Observation I. — Un homme de cinquante-huit ans, ayant fait les campagnes de 1864, 1866, 1870-71, ayant eu en 1865 une fièvre typhoïde grave, est en 1870 atteint d'un rhumatisme qui dure quatorze jours. Depuis cette campagne, il se plaint de douleurs dans les bras et les jambes. Incapable, dit-il, d'exercer son métier (il est potier), il demande l'assistance comme invalide.

Plusieurs examens médicaux le déclarent non fondé dans ses demandes. Il assiège continuellement les autorités de ses écrits et de ses requêtes. Il est condamné cinq fois pour avoir pénétré au ministère de la guerre de Berlin et y avoir fait du scandale. Il finit par croire qu'il est contreminé dans ses projets par des ennemis, profère des injures contre la Majesté Impériale et est amené à l'asile. A l'établissement il travaille assidûment mais sans abandonner l'idée de la légitimité de ses réclamations; il ajoute que si Sa Majesté ne tient pas compte des injures qu'il avait proférées contre elle dans les écrits qu'il lui a adressés, il collera ses factums à tous les coins de rues.

Observation II. — Homme de quarante-deux ans, sans tare héréditaire; blennorrhagie en 1890; très sombre, il se considère comme un homme très coupable, fait des tentatives de suicide. Continuellement déprimé, désespéré, il est en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Amélioration graduelle. Prend part aux distractions des malades et travaille assidûment. Il refuse de retourner chez lui parce que, dit-il, il est atteint d'une maladie sexuelle incurable. Il tient absolument à cette idée exagérée; il s'agite, lorsqu'on lui dit que le médecin n'a constaté aucun signe de celle-ci. Il s'y cramponne plus que jamais, malgré l'insistance des siens pour le faire retourner chez lui. En dehors de ce thème, il est laborieux, gai, paisible.

Observation III. — Demoiselle de cinquante-huit ans, très tarée quant à l'hérédité, d'humeur violente et très bizarre dans la jeunesse, faible de corps. Le développement intellectuel a été très lent. Jeune fille, elle a été souvent éprise et a manifesté des tendances à l'exaltation religieuse. La perte de sa fortune l'a profondément affectée et déprimée. Il s'est développé chez elle l'idée présomptueuse qu'un M. de N... l'aime et veut l'épouser. Elle la conserve en dépit de toutes les contradictions, en dépit même de

l'intervention du monsieur en question qui lui a nettement fait comprendre qu'il n'avait pas ce dessein. Elle a importuné les autorités et a demandé protection contre ses persécuteurs. A l'asile, elle persiste à dire qu'elle se mariera bientôt, et se plaint amèrement que les médecins avec ses parents sont cachés sous un toit.

Discussion : M. Neisser rappelle qu'il a dit la même chose dans la dernière séance.

Il a, en effet, dans le cas qu'il a présenté, mis en lumière l'existence d'un symptôme psychique élémentaire caractérisé par l'exagération de certaines séries de conceptions. Mais avant de qualifier cet état de pathologique, il faut tenir compte de l'ensemble de la constitution de l'individu. Le fanatique politique ou religieux, le savant qui consacre sa vie à la solution d'un problème scientifique obéissent à des idées exagérées et présomptueuses. Chez son malade il y avait artério-sclérose très marquée, diminution prématurée de la mémoire, il était atteint de phtisie pulmonaire, était entaché d'une tare héréditaire et avait, peu de temps auparavant, été malmené par un grave traumatisme auquel il avait survécu.

M. Neisser. *Courte communication sur les psychoses antérieures des paralytiques généraux.* — Les paralytiques ont assez souvent été autrefois atteints de psychopathies d'un autre ordre. Il y a souvent, dans les cas choisis par l'auteur, très longtemps que la folie en question a eu lieu, au moment où le même sujet devient paralytique ; dans un cas même il y avait trente-deux ans de cela. Parmi les 100 malades qui constituent le fonds de la statistique en question, on a obtenu 5 fois des renseignements sur ce point. Il n'y a d'ailleurs pas de particularités symptomatiques à mettre en lumière ici, peut-être cependant l'hérédité exerce-t-elle de l'influence. (Mémoire publié dans la *Berlin. klinisch. Wochenschrift.*)

Discussion : M. Leppmann. — Il n'est pas rare de voir la mélancolie précéder la paralysie générale ; aussi a-t-on parlé de mélancolie prémonitoire. Mais l'intervalle de la lucidité entre celle-ci et celle-là n'est point aussi long que dans les cas de M. Neisser. Les anciens médecins ont beaucoup parlé de la complication d'une psychopathie simple par la paralysie générale, c'est-à-dire de la folie simple se transformant en paralysie générale terminale. Il y aurait lieu de réexaminer cette question qui a presque disparu de la bibliographie contemporaine.

M. Wernicke. — En pareil cas, suivant moi, les lésions anatomiques des psychopathies antérieures et de la paralysie générale sont identiques, la variété de l'évolution tient, j'en ai la conviction, à l'étiologie. Il ne peut y avoir dans la paralysie générale qu'un nouvel élément nuisible autogène ; c'est celui de la syphilis. Après

être resté un certain temps latent, le poison agit de nouveau. Il est nécessaire, je le crois, de faire cette hypothèse, car toute lésion progressive est incurable. La lésion ne peut en effet porter que sur des fibres et des cellules nerveuses, le genre de la lésion ne peut alors ressembler qu'à celui de la névrite multiloculaire du système nerveux périphérique. Dans la névrite aussi, il y a des formes bénignes et des formes malignes; les premières guérissent, les secondes prolifèrent. Ainsi, par analogie, peut s'expliquer qu'une maladie mentale ordinaire puisse donner naissance à une paralysie générale lorsque entrent en ligne de compte an début certains facteurs étiologiques. L'observation clinique nous montre, à mon sens, assez souvent l'addition d'une paralysie générale. Je me souviens notamment en ce moment d'une malade qui depuis des années souffrait d'une psychopathie hallucinatoire : « on l'observait à l'aide de miroirs, elle avait inventé un langage qui lui était propre, etc... » Or, un beau jour, ce délire chronique se transforma en paralysie générale des plus nettes. A côté de cela il y a des cas de paralysie générale qui ressemblent à une paralysie générale mais sans présenter la marche maligne de celle-ci. Je me souviens d'observations de ce genre de manie paralytique épouvantable dans lesquelles il y a eu guérison; les malades sont depuis huit à dix ans demeurés bien portants. D'autres faits témoignent d'un symptôme élémentaire qui constitue toute la maladie; tels ceux dans lesquels il n'y a que de l'angoisse, tels encore ceux caractérisés simplement par des hallucinations, d'autres encore où les patients se plaignent d'un sentiment de malheur, ou bien les faits de précipitation de l'idéogénèse. Bien plus fréquentes sont naturellement les observations dans lesquelles il y a des combinaisons de plusieurs symptômes élémentaires : ainsi est-il tout habituel de constater des *idées d'exagération* dans la mélancolie; c'est presque le caractère de celle-ci. Par contre, dans la manie, il y a une certaine *dépréciation* des idées. Sous cette appellation de dépréciation des idées (*Unterwerthigkeit der Ideen),* je comprends une sorte de nivellement des idées; ainsi les attributs du caractère qui sont l'apanage de l'éducation et que l'on pourrait désigner sous le nom d'idées présomptueuses exagérées (*Ueberwerthige*), normales, par exemple, la décence, la probité, l'honnêteté, etc., n'occupent plus leur situation prépondérante : c'est ce que l'on observe tous les jours chez les maniaques.

M. Schmidt. *Quelques remarques sur l'asile de Sorau.* — Sorau est un vieil établissement. Il remonte au milieu du siècle dernier; à cette époque, le comte de Promnitz construisit un manège pour loger sa cavalerie. Cet édifice fut en 1812 affecté à l'assistance des indigents, à une maison de correction, et on y admit aussi des aliénés. En 1815, on en enleva tous ceux qui n'étaient pas atteints

d'aliénation mentale. Dans ce vieux château à trois étages, construit dans le style de la fin de la renaissance, on plaça ensemble hommes et femmes. En 1835 on éleva une nouvelle construction ; à l'étage inférieur on prévit des locaux administratifs, dans l'étage supérieur on séquestra femmes et hommes malades. En 1851, on construisit le pavillon des furieux, qui a actuellement subi de notables agrandissements, de grandes modifications. En 1864, on édifia la grande division des hommes et l'on put alors séparer les sexes. Tels étaient les bâtiments qui existaient quand je pris la direction de l'asile en 1881. Déjà l'encombrement avait fait envisager le projet de nouvelles constructions.

Comme l'asile de Sorau avait peu progressé, comme notamment on faisait encore un très grand usage des moyens de contrainte, il était tout indiqué de transformer cet établissement qui revêtait plus ou moins le caractère d'une maison de détention, en un hôpital adapté aux vues de la psychiatrie moderne, et de plier également à ces exigences les nouvelles constructions à entreprendre. D'abord en deux jours je fis enlever les camisoles de force ; j'arrivai à faire détacher des sièges où ils étaient maintenus les nombreux gâteux et à leur assurer les bienfaits d'un lit et de soins continus ; il fallut pour cela installer de grands dortoirs bien ventilés que l'on aménagea aussi dans le pavillon des femmes furieuses reconstruit (actuellement 4e quartier des femmes) ainsi que dans la division des hommes. Nos malades gâteux et malpropres sont aujourd'hui l'objet d'une surveillance continue de jour et de nuit. La garde de nuit est contrôlée par un compteur ; les veilleurs sont chargés de faire faire leurs besoins aux gâteux et de changer de côté ceux qui tendent à s'écorcher par un alitement prolongé. Nous pratiquons très largement le traitement au lit des aliénés. Actuellement le septième des femmes et le cinquième des hommes sont ainsi traités. Ce sont 18 femmes et 36 hommes pour cause d'agitation — 5 hommes et 6 femmes pour mélancolie — 6 hommes et 22 femmes pour paralysie et affaiblissement physique — 8 femmes pour gâtisme — 2 femmes et 9 hommes qui ont des habitudes malpropres et qui déchirent ou brisent. L'hyoscine, cette camisole de force contemporaine, n'est pas employée et nous ne faisons qu'un usage très limité des calmants ; dans la section des hommes on ne donne qu'à titre isolé des narcotiques. En revanche, un large usage est fait du traitement au lit, même chez nos épileptiques excitables qu'on arrive fort bien à maintenir alités ; ils deviennent ainsi bien plus calmes et bien plus maniables. On ne pratique presque plus l'isolement pendant le jour chez les hommes ; on le pratique davantage chez les femmes qui s'accommodent beaucoup plus difficilement à l'alitement. Quand celles-ci veulent entrer en lutte avec les infirmières pour y échapper, nous n'insistons point. La nuit, on isole davantage, même chez les hommes,

afin d'éviter les désordres de l'agitation nocturne. On n'économise donc pas les cellules par le traitement au lit. Nous avons reconnu que l'alitement continuel rend beaucoup de malades fort anémiques et que quelques-uns en ont davantage d'appétits sexuels; nous veillons aussi à ce que la plupart de nos alités quittent pendant l'été le lit pendant quelques heures pour être conduits en plein air. Dans ces conditions le traitement au lit est des plus recommandables.

Voyons ce qu'on a fait en matière de nouvelles modifications architecturales. On a, pour répondre aux besoins reconnus, aménagé de nombreuses cellules. Nous possédons dans la division des hommes pour 296 malades, 17 locaux d'isolement, et, pour 286 femmes, 34 cellules. Au pavillon des femmes furieuses remanié, on a adjoint, en 1892, une nouvelle construction pour 100 malades qui est en service depuis le 1er février de la présente année. Dans cette nouvelle construction ont été installés le quartier des admissions, celui des gâteuses, des alitées, des agitées et des épileptiques. Du côté des hommes, on a moins construit. En 1881, on a acquis le domaine de Gœbler, qui touche à l'asile ; il comprend à peu près 25 ares, de grandes écuries ou étables pour 6 chevaux, 6 bœufs, 34 vaches et 14 porcs. L'ancienne maison du directeur a été transformée en une villa pour 40 travailleurs agricoles, en 1886. — 20 hommes ont été transportés sur le domaine même. L'assistance libre des femmes est pratiquée quand leur état la comporte; dans ce but on a modifié l'ancienne maison des fonctionnaires, elle est devenue une villa pour 20 malades tranquilles. Les fonctionnaires ont été logés dans le bâtiment administratif nouvellement édifié.

J'ai réalisé mon plan dans la division des femmes. Ce qui me manque pour les hommes, c'est un quartier spécial pour les agités les plus désagréables et les plus gênants, notamment la nuit.

La division des femmes se compose d'un quartier commode pour pensionnaires de 1re et 2e classe, pour malades tranquilles de 3e et 4e classe dans le vieil édifice de Promnitz, d'une infirmerie qui occupe aussi cet édifice; d'une villa pour dames habitant des chambres séparées et femmes tranquilles occupées aux soins du ménage; du troisième pavillon des femmes construit en 1836 et maintenant en partie reconstruit qui, plus tard, deviendra un hospice d'infirmes, c'est-à-dire de paralysées et de faibles ; du quatrième et du cinquième pavillon des femmes où se trouvent le quartier de sédation, les locaux d'isolement et ceux dans lesquels on pratique l'alitement.

Les membres du Congrès visitent les nouvelles constructions de l'établissement, un banquet leur est offert dans la salle des fêtes de l'asile, pendant lequel se fait entendre la musique orchestrale des malades. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 1.) P. Keraval.

BIOGRAPHIE MÉDICALE.



Le Doyen des aliénistes français : M. le Dr Calmeil.

Le doyen des aliénistes français est actuellement, croyons-nous, M. le Dr Calmeil, notre vénéré maître, ancien médecin de la maison de Charenton, connu dans le monde entier pour ses remarquables travaux sur les affections du système nerveux. Nous sommes heureux d'avoir encore parmi nous cet excellent maître dont nous n'oublions ni la bienveillance, ni les savantes leçons. M. Calmeil est entré dans sa quatre-vingt-dix-septième année et possède encore toute sa lucidité d'esprit. Nous espérons que, grâce aux soins,

pleins d'affection, dont il est entouré par son épouse si dévouée, nous pourrons fêter son centenaire.

Si la mort frappe trop souvent dans les rangs de la science, si de jeunes savants sont enlevés avant d'avoir produit tout ce que leurs premières œuvres pouvaient faire espérer d'eux, on constate donc aussi d'heureuses exceptions. Chevreul s'est éteint à plus de cent ans, et assez nombreux sont ceux qui dépassent quatre-vingts ans. L'année dernière, la science mentale perdait un de ses plus illustres adeptes, le Dr Delasiauve, notre bien vénéré et regretté maître et parent, mort dans sa quatre-vingt-neuvième année. Mon ami, le Dr Bourneville a, dans ces *Archives* même, publié sa biographie et, mieux que personne, a pu retracer sa vie, faire ressortir ses éminentes qualités morales et apprécier ses œuvres à leur juste valeur.

La vie de M. le Dr Calmeil pouvant être donnée en exemple, nous allons essayer de raconter ici sa longue et laborieuse carrière. Les trois années que nous avons passées, comme interne, dans son service à Charenton nous ont permis de juger l'homme et le savant. Nous utiliserons également de précieux renseignements que nous avons pu recueillir récemment auprès du maître et de Mme Calmeil.

Louis-Florentin Calmeil est né le 9 août 1798. Son père, reçu avocat, s'était retiré de bonne heure dans son domaine d'Yversay, en Poitou. C'est là que naquit le Dr Calmeil, troisième fils d'une famille qui devait se compléter par la naissance de trois filles. Son père attachait la plus grande importance à l'éducation de ses enfants, et dès qu'il s'aperçut des moyens vraiment remarquables de ses deux plus jeunes fils, il voulut les mettre à même de poursuivre leurs études classiques. Une petite maison fut louée à Poitiers, pour y installer, sous la surveillance d'une vieille domestique de la famille, les deux jeunes gens. L'un, âgé alors de neuf ans, devient le grand Dr Calmeil; l'autre, qui avait treize ans, se distingua comme avocat et occupa à Poitiers une place considérable. Ces deux jeunes gens firent de brillantes études classiques. Le jeune L.-F. Calmeil aimait passionnément les sciences naturelles, à tel point qu'un jour, après la classe de philosophie, leur professeur ayant une dernière fois réuni ses élèves pour s'informer de leurs projets d'avenir et les interroger sur le choix de la carrière qu'ils pensaient embrasser, le jeune Calmeil qui, la veille, avait lu l'éloge de Tournefort, répondit avec enthousiasme: «Oh! moi, monsieur, je me ferai botaniste.» — « Ce n'est pas une carrière, objecta le professeur, et il ajouta, en souriant : mais ce sera peut-être le moyen de devenir millionnaire.» A vrai dire, ce n'est pas ce qui tenta jamais M. Calmeil qui fut toujours l'homme désintéressé par excellence. Toutefois, ramené à des idées plus pratiques, il prit ses inscriptions à l'école préparatoire de médecine de Poitiers et remporta le premier prix dans un

concours organisé par les professeurs. Chaque jour, il se rendait au Grand-Hôpital, non seulement pour y étudier au lit des malades, mais aussi pour assister aux fréquentes autopsies qui s'y pratiquaient. L'anatomie pathologique avait déjà pour lui un attrait tout particulier et qu'il a toujours conservé. Cependant son goût pour l'histoire naturelle n'avait pas disparu, et lorsque venait le dimanche avec le soleil du printemps ou les vacances avec les richesses de l'automne, alors que ses frères et sœurs s'adonnaient gaiement à toutes les occupations de la famille, à la surveillance des vendanges, lui, prenait en solitaire la clef des champs pour se livrer avec ravissement à la contemplation de la nature et à l'étude des plantes et des insectes dont il rapportait une abondante récolte, la seule qu'il tînt alors pour précieuse. A cette époque, la place de directeur du Jardin des Plantes était occupée par un vieillard dont l'âge avait affaibli la vue et la mémoire. Il était menacé de perdre sa place qui était sa seule ressource. Le jeune Calmeil lui vint en aide en consacrant tous ses loisirs aux semis si méticuleux du printemps, en les étiquetant, en dirigeant les jardiniers, en prenant, tout jeune qu'il était, la direction des excursions botaniques. Autour de lui se groupaient des hommes dont l'âge et la position auraient pu le faire hésiter. La confiance que donne le savoir acquis, la puissante assurance de faire une bonne action triomphèrent de sa modestie. Enfin, il fut envoyé à Paris pour terminer ses études médicales. Son ardeur au travail ne se ralentit pas; il continua à fréquenter les hôpitaux, dont il fut bientôt nommé externe. Il suivait en cette qualité le service de Dupuytren, quand un jour, trop attentif aux savantes leçons du maître et désireux de l'entendre de plus près, il effleura de sa main le lit d'un malade nouvellement opéré. Dupuytren s'en aperçut, et saisissant le bras du pauvre élève, il le secoua si rudement que, celui-ci ne pouvant vaincre la terreur que lui inspirait un si terrible professeur, obtint son changement de l'Assistance publique Il fut envoyé à la Salpêtrière dans le service de Rostan dont le caractère bienveillant lui inspira une confiante affection. Rostan s'occupait beaucoup de ses élèves et, parmi eux, il distingua le jeune Calmeil. Celui-ci prit sous sa direction un grand nombre d'observations, notamment sur le ramollissement partiel du cerveau. Le maître se chargea de les faire publier. Nommé interne des hôpitaux, il fut envoyé à Charenton dans le service de Royer-Collard.

A cette époque, M. Calmeil pouvait avoir vingt-quatre ans; il devait rester attaché à cet établissement jusqu'à l'âge de soixante-quatorze ans. C'est là qu'il passa sa vie, une vie de bénédictin, consacrée tout entière aux devoirs de son service, aux soins qu'il prodiguait, avec un dévouement sans bornes, à ses malades et aux travaux qui ont illustré son nom. Royer-Collard se prit pour son jeune interne d'une grande

affection, il l'accueillait dans sa famille, mais bientôt la mort vint le surprendre et priva M. Calmeil d'un puissant appui. Il fut appelé au lit de mort du maître, et l'assista à ses derniers moments. Esquirol devint le titulaire du service de Charenton. Il apprécia bien vite, lui aussi, l'assiduité et la puissance de travail du jeune Calmeil; il en fit pour ainsi dire son bras droit, lui confiant souvent les visites et la responsabilité de son lourd service. Il l'appelait chez lui à Paris, deux fois par semaine, pour recevoir les familles des aliénés. Sachant que pendant son passage à la Salpêtrière, il avait étudié, avec beaucoup de soin, l'hystérie et l'épilepsie, Esquirol lui demanda de rédiger un mémoire sur les observations qu'il y avait recueillies. Il soumit, sans l'en prévenir, ce travail au concours pour le prix qu'il avait fondé, et ce fut M. Calmeil qui le remporta, *ex-æquo*, avec Félix Voisin. Esquirol avait souvent engagé Pinel, dont il était le disciple, à fonder une maison de santé, pour les aliénés privilégiés de la fortune, mais le maître, déjà vieux, conseilla à son élève de réaliser ce projet qu'il approuvait. La maison fut fondée et M. Calmeil s'occupa, avec beaucoup de zèle, de son organisation. Par reconnaissance de l'aide qu'il en avait reçue, Esquirol le pressa maintes fois, dans l'intérêt de sa fortune, de prendre une part dans l'administration de la maison et par suite dans les bénéfices, mais il ne put jamais l'y décider. « Non, disait-il, je n'accepte pas, car non seulement je m'y ruinerais pendant le temps que j'aurais administré cet établissement, mais, ce qui est pire, j'aurais ruiné mes coassociés, » et il ajoutait tout radieux d'ailleurs : « J'ai mon plan tout tracé et bien arrêté dans ma pensée, je ne veux que le travail avec l'indépendance. » Ce plan, il l'a exécuté ponctuellement. Après sa journée remplie par ses devoirs, il se retirait le soir dans un pauvre petit pavillon, qu'il appelait sa cabane, perdu dans les vastes enclos de la maison, et là, après un court sommeil de quelques heures, il se mettait au travail avant l'aube, hiver comme été, et composait les ouvrages qui l'ont placé à un si beau rang dans la science.

Nommé inspecteur de la maison de Charenton, puis médecin-adjoint, il reçut bientôt la croix de chevalier de la Légion d'honneur. La manière dont cette croix lui fut donnée en doubla le prix à ses yeux et mérite d'être racontée. Ce fut un médecin de la Cour, ami d'Esquirol qui, frappé de sa modestie autant que de son mérite, sollicita et obtint pour lui cette distinction. La chose fut faite à son insu et, au dessert d'un aimable petit dîner auquel il fut convié, les deux amis eurent la joie d'attacher la croix à sa boutonnière. La surprise égala presque la joie du nouveau chevalier, mais sa reconnaissance pour un si rare procédé domina tous ses sentiments [1].

[1] De tels procédés, qui honorent ceux qui décorent et respectent la dignité de ceux qui sont décorés, ne sont plus de mode. (B.)

A la mort d'Esquirol, M. Calmeil semblait désigné pour lui succéder. Ce fut un autre qui, favorisé d'une recommandation puissante (royale), obtint le poste de médecin en chef. Calmeil se résigna et continua sa vie de dévouement et d'étude. En 1848, le nouveau médecin en chef, effrayé par les événements, abandonna son service et la place devint de nouveau vacante. Le service fut divisé. Archambault obtint le service des hommes, M. Calmeil celui des femmes. Peu de temps après, Archambault, ayant fondé une maison de santé dont il comptait prendre la direction, fut obligé d'abandonner sa place à Charenton, car un règlement, nouvellement établi, interdisait aux médecins de l'établissement cette sorte de concurrence. La Commission administrative s'empressa de demander pour le Dr Calmeil le titre de médecin en chef. Placé à la tête des deux services, il occupa ce poste important pendant vingt-deux ans.

C'est là que nous l'avons connu, que nous l'avons vu à l'œuvre, et tous ceux qui, comme nous, ont passé par son service, peuvent dire avec quelle exactitude, quel zèle et quel dévouement il s'acquittait de sa lourde tâche. Nous n'oublierons jamais avec quelle bienveillance il nous accueillait à son arrivée dans le service, écoutant toujours avec intérêt nos observations. Sa physionomie reflétait, en même temps qu'une grande bonté, une intelligence supérieure. Ses manières d'une distinction native, la simplicité d'une vie laborieuse, son aménité lui gagnaient tous les cœurs. Jamais nous ne lui avons vu un moment d'humeur ou de colère et s'il avait une observation à faire pour un manquement au service, il la faisait avec une extrême douceur, respectant la dignité du plus humble des employés aussi bien que celle de ses élèves. Son impassibilité était vraiment étonnante quand il interrogeait les aliénés. Après quelques questions posées avec bienveillance, il les écoutait avec une attention soutenue, appréciant les moindres changements survenus dans leur état. Rien ne lui échappait, aussi bien dans l'état mental des malades que dans leur santé générale. Il s'assurait avec un soin tout particulier que ses prescriptions avaient été remplies et ne négligeait aucun des nombreux détails du service. Avec ses élèves son attitude était d'une correction et d'une bienveillance entières. Il s'intéressait à leurs travaux, à leurs études, et leur inspirait le sentiment des devoirs que devait leur imposer leur profession.

C'est pendant cette période qu'il couronna ses travaux par la publication de son remarquable ouvrage sur les *Maladies inflammatoires du cerveau.* La Commission administrative demanda pour lui la croix d'officier de la Légion d'honneur qu'il obtint presque en même temps que son frère aîné.

En 1872, le Dr Calmeil sollicita sa retraite. C'est à Fontenay-sous-Bois, dans le rayon de Charenton, qu'il alla abriter sa verte vieil-

lesse, dans une jolie villa qu'il avait pris plaisir à faire construire, et que ses amis appellent la « maison du sage ». Il y a retrouvé ses livres, son herbier, ces plantes bien-aimées, dont l'étude a été pour lui le délassement et la poésie de toute sa vie. En retournant les pages de ces belles collections, il aime à se souvenir de Charenton, des malades qu'il y a soignés, de ceux qu'il a guéris. Il évoque les noms de ces jeunes gens, ses internes, qui l'accompagnaient dans ses longues visites quotidiennes, et l'aidaient à soutenir le poids d'un lourd service. Presque tous ont fourni une carrière honorable et distinguée. Il en a revu plusieurs et ces moments où, avec eux, il a revu le passé, lui ont semblé bons et consolants entre tous. Je suis un de ceux qui lui ont rendu visite dans cette jolie villa de Fontenay-sous-Bois. L'accueil que j'y ai reçu a été si affectueux et si bienveillant qu'il ne s'effacera pas de ma mémoire. C'est pendant une de ces visites que la pensée m'est venue de raconter l'existence laborieuse et honnête de ce maître vénéré, et je dois avouer que pour accomplir cette tâche, j'ai reçu de Mme Calmeil les plus précieux renseignements. Pendant plus d'une heure, à ma dernière visite, mon excellent maître m'a entretenu, avec beaucoup de lucidité, de son existence à Charenton, de ses travaux et il a pris plaisir à me narrer plusieurs anecdotes très intéressantes de sa vie. L'âge et la maladie ont affaibli ses forces physiques, il ne peut plus depuis quelques années faire ses promenades favorites dans son jardin ou dans le bois de Vincennes, mais l'esprit est toujours libre et actif, et grâce aux soins que lui prodigue avec un dévouement sans égal sa digne et excellente épouse, il passe agréablement ses jours sans ennui, sans récriminations, distrait par la lecture et la conversation, se sentant aimé de tous ceux qui l'entourent et l'objet de leur vénération.

Voici la liste des principaux travaux du Dr Calmeil :

De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. Thèse, 17 juin 1824 ; — *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826. In-8° ; — *Des maladies de la moelle épinière*. Paris, 1839. In-8° ; — *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au* XIXe *siècle*. Description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint la population d'autrefois et régné dans les monastères. Exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu. Paris, 1845, 2 vol. in-8°[1] ; *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, ou histoire anatomo-patho-

[1] Cet admirable ouvrage devrait être dans la bibliothèque de tous les Asiles et de tous ceux qui s'occupent de la psychiatrie et de la neurologie. (B.

logique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou péri-encéphalite diffuse, à l'état simple ou compliqué, du ramollissement cérébral local aigu et chronique, de l'hémorrhagie cérébrale localisée récente ou non récente. Paris, 1859, 2 vol. in-8°; — *Du ramollissement partiel du cerveau*, par Rostan. Obs. par Calmeil.

En dehors de ces ouvrages, M. Calmeil a publié un grand nombre d'articles dans le *Dictionnaire en* 30 *volumes* de Bichat.

En voici la liste :

Aliénés, t. II, p. 151 à 203. A. 1833; — *Considérations médico-légales sur les aliénés*, t. II, p. 151. A. 1833; — *Considérations d'hygiène publique sur les aliénés*, t. II, p. 164. A. 1833; — *Maladies incidentes des aliénés*, t. II, p. 182 à 203. A. 1833; — *Catalepsie*, t. VI, p. 479 à 488. A. 1834; — *Cauchemar*, t. VII, p. 26 à 30. A. 1834; — *Céphalalgie-céphalée*, t. VII, p. 117 à 128. A. 1834. (Ce dernier article signé Georget et Calmeil); — *Continence* (pathologie), t. VIII, p. 517 à 420. A. 1834; — *Contracture*, t. VIII, p. 520 à 526. A. 1834; — *Delirium tremens*, t. X, p. 30 à 42. A. 1835; — *Démence*, t. X, p. 70 à 85. A. 1835; — *Encéphale*, t. XI, p. 444 à 605. A. 1835; — Anatomie pathologique de l'encéphale, t. XI, p. 444; — Considérations générales sur les maladies de l'E., t. XI, p. 485; — Inflammations diffuses de l'E., t. XI, p. 491; — Inflammation locale de l'E., t. XI, p. 522; — Abcès de l'E., t. XI, p. 540; — Tumeurs qui se développent dans l'E., t. XI, p. 557; — Hydatides de l'E., t. XI, p. 582; — Hypertrophie de l'E., t. XI, p. 591; — Agénésie et atrophie de l'E., t. XI, p. 598; — *Extase*, t. XII, p. 499 à 505. A. 1835; — *Hallucinations*, t. XIV, p. 511 à 553, A. 1836, — *Idiotisme, idiotie, imbécillité, fatuité*, t. XVI, p. 211 à 229. A. 1837; — *Magnétisme animal*, t. XVIII, p. 459 à 482. A. 1838: — *Manie*, t. XIX, p. 117 à 141. A. 1839; — *Migraine*, t. XX, p. 3 à 10. A. 1839; — *Maladies de la moelle épinière*, t. XX, p. 33 à 129, A. 1839; — *Monomanie*, t. XX, p. 138 à 168. A. 1839; — *Anatomie et physiologie du système nerveux*, t. XX, p. 465 à 606. A. 1839; — *Paralysie générale des aliénés*, t. XXIII, p. 133 à 158. A. 1841; — *Ramollissement cérébral*, t. XXVII, p. 205 à 227. A. 1843; — *Suicide*, t. XXIX, p. 27 à 34. A. 1844.

Un seul article du Dr Calmeil dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* des Drs Raige-Delorme et Dechambre : *Des maladies intercurrentes des aliénés*, t. III, première partie, p. 163 à 188. A. 1865.

On peut juger par cette longue énumération de l'importance de l'œuvre de M. Calmeil. Ce n'est pas le moment de dire, sur chaque ouvrage en particulier, ce que nous en pensons. D'autres les ont appréciés avant nous et ont mis en relief leur mérite. Dès 1827

Portal, dans son livre sur l'*Épilepsie*, citait avantageusement M. Calmeil et notamment son travail sur la paralysie considérée chez les aliénés. Le professeur Bouilland, dans un de ses ouvrages, sans connaître particulièrement M. Calmeil, fait également son éloge. D'une modestie et d'une honnêteté sans exemple, il ne doit qu'à lui et à son travail le haut rang qu'il occupe dans la science. Esprit positif par excellence, il ne veut rien affirmer sans l'avoir scrupuleusement contrôlé, et ce n'est souvent qu'après plusieurs années d'un travail opiniâtre qu'il se décide à livrer son œuvre à la publicité. Un des premiers, il a utilisé le microscope dans ses recherches, et il était heureux de voir se perfectionner les instruments d'optique, qu'il croyait appelés à rendre de grands services à la science. Pour lui, la folie et toutes les névroses devaient correspondre, comme toutes les maladies, à une lésion qu'il s'efforçait de découvrir. Ce n'est pas que l'étude des symptômes et des causes lui fût indifférente. Une anecdote qu'il m'a racontée au mois d'avril dernier prouverait le contraire. « Mon ami, le Dr Blyenis, médecin de l'école d'Alfort, me dit-il, m'avait chargé de le remplacer pendant son absence. Je fus, pendant ce temps, témoin d'une véritable épidémie d'hystérie chez les élèves de cet établissement. Le mal avait débuté à la suite d'excès et de débauches de toute sorte commis pendant leurs sorties de l'école. La maladie se communiqua par imitation à presque tous les élèves et je fus obligé de faire un rapport au ministre pour faire rentrer dans leur famille les sujets atteints. Ce n'est qu'à la suite de cette mesure que l'épidémie cessa. »

Dans son ouvrage sur la *Folie*, M. Calmeil s'y révèle comme un écrivain distingué, un érudit profond, un historien scrupuleux, un philosophe appréciant à leur juste valeur les superstitions qu'il énumère et ramenant toujours l'erreur à sa véritable cause, le trouble des facultés. Intelligence d'élite, travailleur infatigable, il s'est peu prodigué dans le monde savant : son esprit positif s'accommodait peu aux discussions, aux luttes, aux controverses qui s'y produisaient. Membre de la Société médico-psychologique, il n'assistait que rarement à ses séances. Il se plaisait uniquement à Charenton, au milieu de ses malades et de ses livres, satisfait d'avoir accompli son devoir et réalisé un progrès dans l'œuvre commencée. Nous sommes heureux en terminant de rendre un hommage mérité à ce maître vénéré, à cet homme de bien, à ce savant vraiment trop modeste.

D[r] Ch. Bihorel.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Contribution à l'étude des paralysies consécutives aux infections aiguës (paralysies para-infectieuses), leur traitement par les eaux de La Malou;* par Charles Ménard. (Thèse de Montpellier 1894, nº 44.)

Parmi les troubles survenant au cours ou à la suite des infections aiguës, l'auteur distingue ceux qui sont une manifestation directe et dépendante de la maladie, et qui sont par suite à la fois d'origine et de nature infectieuse et ceux qui ne sont que d'origine infectieuse et qui ont par suite une histoire autonome indépendante et qu'il désigne du nom de para-infectieux. Les paralysies para-infectieuses reconnaissent comme facteur principal l'hérédité nerveuse ou arthritique; elles ont un début souvent insidieux, commencent habituellement à la période de convalescence, présentent une marche régulièrement croissante, mais se terminent cependant ordinairement par la guérison. Ces paralysies sont ou purement névrosiques ou liées à une lésion du système nerveux central ou périphérique; ces troubles nerveux résultent ou de l'action directe des microbes ou de leurs racines sur les éléments nerveux ou indirectement de l'artérite.

Les eaux de La Malou agissent favorablement sur le processus régressif de ces paralysies para-infectieuses. Ducamp.

II. *Étude critique sur les agents provocateurs de la chorée;* par Chaffard. (Thèse de Montpellier, 1894, nº 31.)

La chorée de Sydenham est une névrose qui apparaît souvent après le rhumatisme, mais aussi après d'autres maladies infectieuses; c'est donc une névrose infectieuse. Le tempérament nerveux et l'arthritisme en constituent les causes prédisposantes, les émotions morales en sont les causes occasionnelles. La théorie de la névrose pure n'explique ni les manifestations fébriles ni les lésions de l'endocarde. La théorie anatomique ne montre que des lésions variées et contradictoires. La théorie réflexe est passible des mêmes objections que la théorie de la névrose. La théorie dyscrasique, en faisant jouer le rôle prépondérant à l'hypoglobulie, semble prendre l'effet pour la cause. L'examen critique de la théorie infectieuse montre que divers microbes ou leurs toxines peuvent

par leur action sur le système nerveux engendrer la névrose chez un sujet prédisposé. DUCAMP.

III. *Hystérie et paludisme;* par CLÉMENT. (Thèse de Montpellier, 1894, n° 32.)

L'hystérie paludéenne est une hystérie infectieuse, elle n'est pas une hystérie spéciale mais une variété de la grande névrose. Certains cas, considérés comme des accès pernicieux, peuvent être rapportés à l'hystérie. Le diagnostic de l'hystérie paludéenne se base sur l'existence des stigmates de l'hystérie, sur la périodicité des attaques et la constatation de la cachexie palustre. Le pronostic est bénin. Le traitement consiste dans l'emploi de la quinine, de l'hydrothérapie et dans l'isolement. DUCAMP.

IV. *Du Béribéri;* par PÉRIOT. (Thèse de Montpellier, 1894, n° 37.)

L'auteur arrive à cette conclusion, que le béribéri est une maladie générale infectieuse dont les lésions portent sur les divers organes, les muscles, le cerveau, la moelle épinière et les nerfs et que par suite le béribéri ne doit être considéré ni comme myélite pure, ni comme une névrite multiple. DUCAMP.

V. *Doit-on permettre la procréation aux criminels, aliénés et pervertis sexuels;* par Daniel AUSTIN. (*M. L. J.*, XI, 3.)

L'auteur propose la castration comme moyen de sélection de la race et d'extinction du contingent des sujets tarés et morbides.

C'est ce qu'il appelle la médecine sociale préventive. Cette thèse assez paradoxale est développée avec des arguments originaux et intéressants. A. M.

VI. *Psychose traumatique consécutive à une fracture du crâne;* par Alvin, EYER et NOBLE. (*M. L. J.*, XI, 3.)

C'est le cas d'un employé aux chambres de réfrigération blessé par son appareil et atteint de fracture méconnue tout d'abord, puis trépané et guéri de son amnésie primitive. Il persiste un état mental curieux, consistant en une tendance à la répartie humoristique et aux saillies telles qu'en font certains maniaques chroniques mais avec intégrité des facultés intellectuelles. A. M.

VII. *Des idées et sentiments relatifs à la sphère sexuelle chez l'enfant;* par Earl BARNES de Standford. (*M. L. J.*, XI, 3.)

On sait qu'en Amérique une nombreuse école pédagogique estime que le moyen le plus rationnel d'éviter les anomalies de l'instinct

sexuel par vice d'éducation de l'enfant (onanisme, précocité morbide, inversion et perversion) serait d'expliquer de bonne heure et très exactement les lois de la sexualité qui, dans l'éducation ordinaire restent soigneusement ignorées et ne sont apprises qu'en cachette et par l'enseignement mutuel de l'enfant le plus vicieux aux autres.

Un grand nombre de pères de familles ont entrepris de suivre le contrepied de cette ancienne méthode et mettent entre les mains de leurs enfants des ouvrages spéciaux assez nombreux en Amérique. expliquant par des comparaisons avec la botanique les mystères de la reproduction et de l'union des sexes. L'auteur entreprend une enquête auprès des familles qui ont adopté ce mode d'éducation et fait appel aux lecteurs du *Medico-legal journal* qui auraient quelques documents sur ce sujet. Il propose comme moyen d'investigation et d'appréciation les compositions dans les écoles sur certains sujets artistiques religieux ou sentimentaux traités par des enfants de même âge, soumis aux deux méthodes différentes d'éducation. On y peut joindre des questionnaires à remplir par les instituteurs et institutrices. A. M.

VIII. *Du témoignage des experts;* par Henry Mott. (*M. L. J.*, XI, 3.)

Relevant quelques cas de contradiction d'experts en justice, l'auteur montre le danger qu'il y a pour une justice digne de ce nom, d'opposer au témoignage des spécialistes celui d'experts improvisés et ignorants. Il conclut à la création d'un corps d'experts par spécialités rattachés à chaque cour de justice et seuls compétents pour apprécier et éclairer les juges. A. Marie.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. Proposition relative a l'assistance des malades incurables qui peuvent être soignés en dehors des asiles publics d'aliénés; par Hasse. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Nous sommes encombrés d'incurables inoffensifs indigents, pouvant vivre chez eux, dans leur famille, à la condition qu'on organise leur assistance et qu'on fournisse aux familles les moyens de les garder. Pour organiser leur assistance, il suffit d'utiliser les services du médecin officiel de l'endroit et de donner une subvention aux familles stylées par le médecin et surveillées par lui. Les

autorités adoptent cette proposition dans les limites suivantes : s'il est reconnu que la famille présente les qualités matérielles et morales propres à traiter suivant les indications du médecin de l'endroit, avec intelligence et humanité l'aliéné, et si le rôle du médecin est efficace, on laissera après cet essai, le malade en liberté. Sinon l'asile le reprendra. P. K.

II. Le nombre de cellules nécessaire aux asiles publics de traitement et d'hospitalisation; disposition et installation les plus convenables de ces cellules; par Kreuser. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Mémoire très complet.

Conclusions. — 1° Tout asile public de traitement et d'hospitalisation doit posséder des chambres d'isolement à peu près pour 10 p. 100 de ses malades. Les établissements dont le chiffre de population dépasse 500 lits peuvent en avoir moins, mais, quand il y a davantage de cellules, on peut plus facilement et plus vite recevoir les malades; 2° la moitié à peu près de ces chambres d'isolement se trouvera bien d'une construction solide et de leur réunion dans une section spéciale d'isolement; l'autre moitié sera de construction plus légère et sera répartie dans les autres sections de l'établissement; 3° chaque chambre d'isolement aura pour surface 12 à 15 mètres carrés et cubera 50 à 60 mètres cubes; 4° nécessité de la ventilation artificielle; 5° chauffage central désirable; 6° grandes fenêtres dont un tiers à un quart mobiles; 7° il est impossible de se passer d'appareils pour l'éclairage nocturne par le dehors; 8° portes solides s'ouvrant en dehors à fermeture rapide et sûre, à plusieurs serrures. Utilité des doubles portes au moins partiellement; 9° quelques cellules seront pourvues d'un guichet d'observation; 10° les parois offriront une résistance suffisante; elles seront aisées à laver et à désinfecter ; 11° plancher de bois dur indispensable pour nos climats; 12° cabinets d'aisances fixes, du moins pour une part des cellules ; 13° mobilier fixe tout à fait inutile. P. Keraval.

III. Traitement médico-administratif.

De la construction d'asiles séparés pour aliénés curables et incurables ; par Meschede.

Jusqu'ici on avait posé en principe qu'il fallait traiter à part les aliénés curables et les aliénés incurables et fonder pour chacune de ces classes un asile séparé, en se basant sur ce point que ceux-ci gênent le traitement et la guérison de ceux-là. Aujourd'hui on applique le système opposé en internant ensemble les uns et les

autres. Il y a à cela des raisons financières : la communauté des services généraux et de la direction notamment. D'ailleurs, malgré les idées qui avaient cours jusqu'alors, on avait de moins en moins appliqué l'idée de la séparation en question ; bien des établissements étaient, par la force des choses et les nécessités de l'hospitalisation, devenus des asiles mixtes ; en installant par exemple des exploitations agricoles, on y avait trouvé des arguments pour ce mélange.

Il n'en est pas moins vrai que la grande quantité des incurables encombre les asiles d'aliénés et qu'il y a lieu de s'en émouvoir en présentant les arguments suivants. D'abord, les asiles pour malades atteints de maladies somatiques ont été construits d'après le principe de la séparation. Puis l'encombrement produit par cette foule d'incurables restreint d'autant l'admission des aliénés curables. Ils prennent au directeur-médecin un temps précieux qui serait plus utilement employé au traitement des malades curables. Il est inutile de les placer dans un asile de traitement, car leur hospitalisation ne nécessite point les mêmes installations que celle des curables. L'internement d'aliénés récemment atteints dans un asile connu pour recevoir des incurables, exerce sur ces malades une influence morale fâcheuse ; leur contact permanent avec ces derniers est loin de les récréer et de faciliter leur guérison. Cette double particularité les inquiète et les désespère. Enfin, l'admission des incurables nuit à l'admission des malades curables, surtout si l'on considère que, ainsi que cela est certain, les parents hésitent à placer leurs malades dans ces hospices de déments et de chroniques dont il ne sort que peu d'aliénés guéris, dans la crainte surtout de mécontenter ces malades et de les stigmatiser en quelque sorte par un tel séjour. Pendant ce temps, la psychopathie qui était récente et qui eût peut-être pu être guérie en peu de temps fait des progrès. Il en résulte que les asiles d'aliénés reçoivent moins de malades curables qu'ils en recevaient avant d'être chargés de cette multitude d'incurables. Aussi, le nombre de guérisons y diminue-t-il grandement. Tel est le sens des réflexions de MM. Hasse, Siemens, L. Meyer. — M. Meschede cite des passages de leurs rapports officiels.

Et cependant, il ne manque pas d'aliénés curables. Les asiles qui ne sont pas affublés du nom d'asile d'incurables et qui ont reçu des dénominations permettant de croire que leur séjour convient à des curables et que ce séjour ne sera que temporaire, en sont abondamment peuplés, que ces établissements s'appellent clinique, hôpital, asile ou sanatorium. Ainsi, pendant une période de douze années, du 1er avril 1880 au 1er avril 1892, on a admis à l'hôpital de Kœnigsberg 1,910 aliénés, dont 1,142 ont été considérés comme curables, ce qui donne pour les admissions 59,79 p. 100 de curables; parmi ces aliénés, il y en avait une proportion considé-

rable chez lesquels la psychopathie était récente. Il n'y a donc pas dans le public de prévention contre l'internement des aliénés; il les met volontiers en traitement, mais il ne se soucie pas de les conduire, quand ils sont atteints de psychopathies récentes et curables, dans des établissements surtout remplis d'aliénés incurables et qui ont pour fonction d'admettre et de conserver longtemps, sinon toute la vie, leurs malades C'est pour cela que dans les asiles qui cumulent la double tâche de servir d'asiles purs et d'hospices, il arrive bien moins d'aliénés curables que dans les établissements de traitement qui sont en somme des hôpitaux d'aliénés et qui passent pour ne garder les malades que temporairement.

On se trouverait donc bien miéux, à mon sens, de construire de nouveaux asiles spéciaux pour aliénés curables et de les qualifier par exemple de *Maison de traitement pour maladies moràles.*

On conserverait le nom d'asile d'aliénés ou d'hospice d'aliénés exclusivement aux établissements qui hospitalisent et donnent en réalité asile continu aux aliénés incurables.

Dans l'état actuel des choses il ne peut manquer d'arriver, pour un grand nombre de malades curables qui eussent été fort bien guéris par le traitement opportun d'un asile spécial, qu'on ne s'occupe de les faire admettre dans un asile mixte, que quand il est déjà trop tard. (*Allg. Zeistchr. f. Psychiat*, LI, 1.) P. Kéraval.

IV. Assistance publique.

La *Diète provinciale de Hanovre* a autorisé le comité de la province à passer un contrat avec le *Ministère du Lippe-Schaumbourg* pour l'assistance et le traitement des aliénés ressortissant à ce dernier dans les asiles de traitement et d'hospitalisation de la province hanovrienne. Le prix de journée est réglé à cent vingt marcs par an et par malade quelle que soit la classe à laquelle il soit mis; ce prix de pension (150 francs) sera trimestriellement acquis. Les deux parties se réservent le droit de revision et de dénonciation du traité au premier janvier de chaque année. L'application du traité peut être faite immédiatement, mais sans rétroactivité, aux malades actuellement placés dans un des asiles du Hanovre; mais ceux qui sont actuellement en traitement en d'autres asiles ne pourront être dirigés séance tenante sur ceux de Hanovre, afin d'éviter l'encombrement brusque de ces derniers. Car un des articles du traité spécifie qu'il faudra se conformer pour les admissions ultérieures aux règlements et lois en vigueur ou à édicter dans la province hanovrienne.

La loi économique qui va être soumise à la *Diète Prussienne* sur les *charges de l'assistance publique* a pour but d'empêcher les délais que l'on met à traiter les malades dans les asiles publics sous prétexte d'imputation préalable des dépenses d'entretien (prix de jour-

née). Or, c'est ce que fait ressortir la loi, plus on retarde les admissions, moins l'aliénation mentale a de chances de guérison. En 1888 on a dû traiter 30.000 aliénés; et dans la plupart des cas l'internement a été différé par les difficultés que l'on éprouvait à l'imputation des prix de journée. La loi met en lumière que ce retard augmente les chances des crimes et délits; la proportion pour l'année 1887-1888 en a été de 6 p. 100 des aliénés internés. La loi a précisément pour but de supprimer ces inconvénients en facilitant l'admission rapide des aliénés dans les asiles. (*Allg. Zeisch. f. Psych.*, L, 5.) P. KERAVAL.

V. L'ASILE DES ALIÉNÉS DE SERBIE A BELGRADE; par W.-M. SUBOTIC.

Cet asile est le seul établissement du royaume de Serbie.

Fondé en 1861, dans une propriété ayant appartenu au médecin ordinaire du prince Milosch achetée et aménagée dans ce but, il s'augmenta ultérieurement de deux bâtiments pour les hommes, et de trois bâtiments pour les femmes. Chacun des bâtiments est indépendant et possède sa cour. Mais, envisagés au point de vue médical, ils laissent grandement à désirer. L'asile est situé en dehors de la ville, mais il touche aux dernières maisons de celle-ci.

Les trois médecins de la maison habitent Belgrade et viennent à l'établissement le matin, l'après-midi, ou quand leur présence y est nécessaire. Evidemment ces choses-là ne se voient qu'en Serbie. On finira cependant, nous aimons à le croire, par leur construire une habitation dans l'asile.

Voici les principaux détails du fonctionnement empruntés au réglement. L'asile s'appelle : *Hôpital pour les aliénés*. Entretenu par les fonds consacrés aux choses de la médecine publique et de l'hygiène de la nation, il est sous la direction immédiate du Ministre de l'Intérieur. Il faut que les malades qui y entrent soient agréés par le Ministre de l'Intérieur. Il se compose d'une division de traitement et d'une section d'hospitalisation (ceci n'en est encore pas arrivé à la pratique.)

Le directeur de l'asile est un médecin. Il veille à l'administration et au service médical. Le médecin adjoint n'a qu'à s'inquiéter des malades, mais il remplace le directeur quand celui-ci est empêché de faire son service. Le médecin assistant est subordonné au directeur et au médecin adjoint. L'économe est sous les ordres du directeur.

Les décisions réglementaires qui visent le personnel secondaire sont exactement les mêmes que celles de tous les établissements d'aliénés. La loi admet la camisole de force.

L'asile a un ecclésiastique. « Celui-ci devra éviter de converser longuement avec les malades; il ne tentera point de modifier les idées délirantes des aliénés, il n'aura de commerce avec eux qu'en se

conformant aux prescriptions du directeur. » Depuis trente-deux ans l'ecclésiastique que nous avons est un homme plein de tact, d'une honorabilité toute patriarcale; aucun médecin n'a jamais eu d'observation à lui faire. Son nom ne doit pas tomber dans l'oubli. Cet homme de bien s'appelle *Isak Giorgiewic*.

Admissions. — Elles ont lieu directement, en cas de nécessité, sans avis du Ministre, sur la décision du directeur, sauf à lui à demander l'agrément du Ministère en exposant les motifs de l'internement direct. Mais d'ordinaire les autorités chargées de la police signalent les aliénés au Ministère. Le Ministre désigne alors trois médecins qui après avoir examiné le malade, font parvenir au Ministère leur certificat accompagné de pièces justificatives. Le Ministère décide alors de l'opportunité de l'admission et impute à qui de droit les dépenses d'entretien de l'aliéné.

Il en avise les autorités chargées de la police afin qu'on puisse diriger *sans retard?* sur l'asile l'aliéné : il en avise en même temps la direction de l'asile afin qu'elle soit autorisée à recevoir la malade [1].

Sorties. — C'est le même mécanisme mais retourné. Le directeur prévient le Ministère de la guérison ou de l'amélioration compatible avec la vie de l'aliéné dans sa famille; le Ministère consulte trois médecins (mais heureusement ce sont les trois médecins de l'asile); ils rédigent un rapport. Ce rapport signé, le directeur a le droit de renvoyer sur-le-champ le malade sauf à avertir le Ministère et les autorités de la police de l'exécution qu'il a donnée au rapport et aux certificats qu'il envoie en même temps.

Traitement des aliénés dans les cloîtres. — Ces renseignements proviennent de la bouche même du métropolitain Michael. On exorcise les malades dans l'église en lisant des prières et en les frappant sur la tête avec le livre saint. On les enferme dans des cellules sombres et humides et, pour les guérir par l'inanition, on ne leur donne que de l'eau, leur arrosant en outre la tête plusieurs fois par jour et priant pour eux dans l'église en dehors des deux pratiques quotidiennes d'exorcisme.

Le peuple préfère les cloîtres à l'asile d'aliénés. Plusieurs des aliénés hommes et femmes qui sont à l'asile ont déjà passé par différents cloîtres; ils ne sont venus à l'établissement que parce que leur maladie était devenue chronique.

Le transport des aliénés des campagnes à l'asile de Belgrade s'effectue par le garrottage. On attache également les aliénés et on les frappe soit chez eux (les paysans), soit dans les cloîtres ; l'opinion accréditée est que c'est un moyen sûr.

[1] C'est le comble de la centralisation! La temporisation sera d'ailleurs plus longue en France si la loi Reinach finit par passer.

En 1893, on a reçu à l'asile 115 malades (68 h., 47 f.) qui, ajoutés au chiffre de population restant en fin d'année 257 (158 h. 99 f.), donnèrent un total de 372 (226 h., 146 f.). Pendant la même année, il est sorti 121 malades (81 h., 40 f.) : il en est par conséquent resté, à la fin de 1893, 251 (145 h., 106 f. — Les sorties se décomposent en : guérisons, 22 ; — améliorations, 17 ; — incurables, 18 ; — morts, 64. (*Allg. Zeitsch, f. Psych.*, L, 5.) P. Keraval.

VI. Remplacement du nom asile par celui d'hopital, pour les établissements consacrés aux aliénés. (*American Journal of Insanity*, octobre 1894, p. 270.)

L'habitude que l'on prend de ne plus employer les mots « *Asylum, insane* et *Lunatic* » dans la dénomination d'institutions destinées aux aliénés est un fait remarquable du temps présent. Ces mots ont peu à peu été éliminés d'une façon rapide des titres officiels.

En examinant notre dernière liste publiée nous trouvons que les Etats suivants ont adopté le terme « *Hôpital* » en tout ou en partie : Alabama, Connecticut, Delaware, Washington (D. C.), Illinois, Indiana, Iowa, Maine, Maryland, Massachusets, Minnesota, Nebraska, New-York, North Carolina, Dakota Nord, Ohio, Pennsylvanie, Dakota du Sud, Tennessee, Texas, Virginie, Washington, Virginie de l'Ouest, Wisconsin ; et dans l'Amérique anglaise, Quebec, Nova Scocia, et l'Ile du Prince-Edouard.

Le mot « *Asylum* » est encore employé comme désignation officièlle dans l'Arkansas, Californie, Colorado, Georgie, Kansas, Kentucky, Louisiane, Michigan, Mississipi, Missouri, Nevada, Nouveau Hampshire, Nouveau Jersey, Orégon, Rhode Island, Caroline du Sud, Texas, Vermont, et Virginie ; et dans l'Amérique anglaise ; dans Ontario, Nouveau Brunswick, et Nouveau Foundland.

Le Massachussetts, la Caroline du Nord, le Texas et Québec emploient les deux mots *Hopital* et *Asylum* pour des institutions différentes, et le Massachusetts et la Pensylvanie conservent l'ancienne désignation « *Lunatic* » avec le nouveau mot « *Hopital* ». L'Etat de l'Ohio est l'un de ceux qui ont le plus récemment adopté le terme « *Hopital* ». New-York garde le terme « *Asylum* » dans les institutions de la cité.

Pour les institutions particulières, nous avons les mots « *Hopital* », « *Asylum* », « *Retros* », retraite, « *House* », etc. Mais le terme « Hôpital » de ce côté aussi devient maintenant le terme le plus généralement employé.

Il y a beaucoup de sentiment dans cette modification autour *de ceci*, et ce sentiment nous fait incliner à couvrir les faits désagréables et indéniables en usant simplement de mots présentant un son plus agréable. Nous ne pouvons pas guérir la folie en l'appe-

lant d'un nom différent. Reconnaissons toutefois que le mot *Hôpital* explique plus l'idée de soins de guérison.

Puisque que les asiles sont faits pour servir d'Hôpitaux en fait, *dans le nom*, ce changement de dénomination est louable.

— Nous avons toujours essayé de faire prévaloir cette idée que les asiles devant être des *Maisons de traitement*, toutes les réformes qu'ils comportaient devaient tendre à les rapprocher de plus en plus des hôpitaux même sous le rapport de la facilité des admissions et avec notre ami le Dr Napias, nous croyons que la substitution du mot hôpital aurait non seulement un intérêt de sentiment, mais aussi une importance pratique. B.

VARIA.

L'HISTOIRE D'UNE INTERDICTION

Un fonctionnaire des télégraphes de Brême reproche à sa femme d'être infidèle. C'est une accusation absolument dénuée de fondement. Mais cela devient chez lui une idée fixe. Il devient processif, accuse tout et tous, et par ses actes désordonnés de toute nature n'est plus qu'un fléau pour le tribunal comme pour la direction supérieure des postes, en même temps qu'il compromet sa situation financière. Sur tout autre sujet il raisonne juste et se conduit raisonnablement. Les médecins spécialistes sont unanimes à diagnostiquer la *manie processive ;* il lui est impossible de résister à cette obsession que sa femme le trompe. Ils concluent qu'en raison de cette forme du délire des persécutions, ce persécuteur n'est plus en état de s'occuper de ses affaires et que par suite il est irresponsable, incapable de jugement. Le tribunal de Brême l'interdit. Le malade en appelle à toutes les voies de procédure à sa disposition ; il s'adresse au procureur général ; le tribunal suprême se rallie aux conclusions des premiers juges à raison des conclusions des premiers spécialistes. Il en appelle à la Cour de Hambourg qui, après l'avoir fait comparaître et entendu aux débats, *lève l'interdiction.*

Le Tribunal admet avec les médecins le diagnostic de la maladie, il admet que c'est une maladie mentale indéniable. Mais l'avocat invoquant une autorité médicale conteste que l'on soit en droit d'élever la manie processive au rang d'espèce nette et bien définie de l'aliénation mentale, « c'est un accident important dans le domaine des perturbations intellectuelles », rien de plus.

Il y a dans l'espèce trouble mental partiel; c'est donc un conseil judiciaire ou une tutelle partielle qui convient. Mais la loi n'a pas prévu le cas; elle ne parle que de l'interdiction totale. Or, une interdiction n'est légitime que suivant le degré du trouble mental. Une maladie mentale partielle, fût-elle une folie processive, peut imposer une interdiction, mais cela ne veut pas dire que l'on doive interdire tout malade chez lequel le médecin établit l'existence de troubles mentaux partiels. L'interdiction est parfaitement justifiée quand la perturbation exerce sur toute la personne de l'individu, sa personnalité entière, et toutes les conditions de son existence, une action à ce point dominante que, la réflexion et la détermination volontaire étant influencées, le sujet atteint ainsi soit incapable de s'occuper lui-même de ses affaires, d'administrer ses biens.

Or, tel n'est pas le cas (dit la plaidoirie). On ne constate d'anomalies chez le défendeur, que lorsque les idées délirantes, relatives à sa femme, se mettent de la partie; sur ce seul point et en ce qui concerne ce seul point il est privé de son libre arbitre, il perd son jugement. En toute autre chose il perçoit et raisonne juste. Il a beaucoup dépensé mais ne s'est pas ruiné. Il a commis des actes qui ne sont pas positivement déraisonnables. Les témoins, les médecins eux-mêmes l'ont décrit comme un homme calme et sensé qui vit avec économie, et avec qui on peut avoir des relations, sans remarquer rien d'anormal en lui. Une interdiction n'est nécessaire en somme ni pour la gestion de sa fortune, ni pour sauvegarder sa personne.

Sans doute les médecins dans leur rapport l'ont présenté comme incapable, mais les motifs qu'ils allèguent ne sont pas solides. En tout cas leurs *conclusions hasardées ne lient point les magistrats*. Les spécialistes ont mission d'assister les magistrats; mais pour cela il faut qu'ils déterminent, précisent, établissent l'état mental de la personne qu'ils examinent. Les preuves à l'appui de cet état mental sont nécessaires, or celles qu'ils apportent ici ne justifient point leurs conclusions. Puisque le défendeur est parfaitement capable de gérer ses affaires et d'exercer son jugement. Le trouble mental dont il est atteint n'a pas jusqu'ici dissocié la personnalité dans ses rapports avec toutes les conditions de la vie; il ne l'empêche pas d'avoir de parfaites et complètes relations avec un tiers; il n'est donc pas en droit incapable d'agir. On insinue que la maladie peut étendre son action, mais pour l'instant elle est limitée et rien ne dit que tout ne se bornera pas là.

Finalement le tribunal, adoptant ces conclusions, considère que l'interdiction est une mesure si grave qu'elle ne doit être prononcée que lorsqu'il y a des motifs impérieux qui l'imposent pour *assurer le salut de l'interdit et préserver ses concitoyens*, sinon, non. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatr.*, L, 5.) P. KERAVAL.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés de France. — Le concours de l'internat de l'asile d'aliénés de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : Internes titulaires, MM. Foy, Audemard et Papillon; internes suppléants, MM. Bouveyron et Naussac.

Asiles d'aliénés de la Seine : *Concours de l'internat en médecine*. — La composition écrite a eu lieu le 1er décembre, 33 candidats inscrits, 24 ont répondu à l'appel. Le sujet de la composition était : *le Nerf spinal* (anat. et physiol.). Les questions restées dans l'urne étaient : Sinus de la dure-mère. Circulation veineuse de l'encéphale. Trijumeau. — Le jury se compose de MM. B. Anger, Bourneville, Boudrie, Chantemesse, Féré, Falret, A. Voisin. — Les épreuves orales comprennent chacune une question de pathologie interne, une question de pathologie externe. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1° Signes et diagnostic de l'urémie et de la hernie étranglée; 2° Insuffisance aortique, plaies de poitrine; 3° Signes et diagnostic de la pneumonie et des tumeurs des bourses; cancer de l'estomac et abcès chauds. — Les candidats ont été désignés dans l'ordre suivant : 1° *Internes titulaires :* MM. Manheimer, Battier, Bargy, Naggur, Cololian, Pelas, Béchet et Lalanne; 2° *Internes provisoires :* MM. Hazemann, Djélalian, Vallet, Jolis, Amouroux, Marson et Hyvert.

Asile d'aliénées et d'alcooliques a Ville-Evrard. — Le Conseil général de la Seine ayant décidé la mise au concours d'un projet de construction d'un asile d'aliénées (femmes) et d'alcooliques (hommes), sur un terrain dépendant du domaine de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), le préfet de la Seine a constitué de la manière suivante le jury chargé de juger ce concours : Le préfet de la Seine, président; MM. Bassinet, Dubois, Lazies, Piettre, Rousselle, Thuillier, conseillers généraux; MM. les Drs Bourneville, du Mesnil, Puteaux, membres de la commission de surveillance des asiles publics du département de la Seine; MM. Daumet, Salleron, Bouvard, architectes désignés par l'administration; MM. Vaudremer, Raulin, Guadet, architectes élus par les concurrents; M. Bouvard, chef du service d'architecture du département; M. Pelletier, chef du service des aliénés; M. Balet, directeur de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard; M. le Dr Magnan, médecin en chef du service de l'admission de l'asile clinique; M. Gérard, économe de l'asile de

Vaucluse. — 35 projets ont été déposés et exposés dans la salle des Fêtes de l'Hôtel de Ville. Dans ses deuxième et troisième séances, le jury a éliminé 23 projets, n'en retenant que 12. Dans sa dernière séance (15 décembre) le jury a classé les 9 projets *primés* dans l'ordre suivant : 1° M. Morin Goustiaux (20,000 francs); 2° M. Duménil (10,000 francs); 3° M. Lebeau (5,000 francs); 4°, 5° M. Dauvergne et MM. Boué et Héraud (2,000 francs); 6°, 7°, 8° et 9° MM. Debrie, Albrizzio, Bourdillat et MM. Marcel et Lafon (1,000 fr.).

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Trénel, interne des asiles d'aliénés de la Seine, vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan).

Asile d'aliénés d'Evreux. — Une place d'interne en médecine est vacante à l'asile d'Evreux. Traitement : 1,200 francs par an, logement, nourriture, blanchissage, chauffage et éclairage. Adresser sa demande au Directeur avec un relevé de sa feuille de scolarité constatant au moins 12 inscriptions de doctorat.

Place d'interne vacante a l'asile départemental des aliénés de Bourges (Cher). — Traitement minimum 600 francs, maximum 800 francs. Gratification annuelle. Avantages en nature : logement, nourriture de première classe, chauffage, éclairage, blanchissage, etc. Adresser demande, titres et références à M. le Dr E. Chambard, médecin-directeur de l'asile. *Urgent.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Chipault (A.). — *Chirurgie opératoire du système nerveux.* — Préface du professeur Terrier. — Tome I : *Chirurgie cranio-cérébrale.* — Volume in-8° relié de 744 pages, avec 431 figures. — Paris, 1894. — Librairie Ruff et Cie.

Ferranini (A.). — *Nucleo nosologine della siringomiela definitivo da una sua forma familiare sinora non descritta.* — Brochure in-8° de 65 pages. — Napoli, 1894. — Tipografia della *Riforma Medica.*

Ferranini (A.). — *Le vie afferenti dei riflessi superficiali cutanei e mucosi sono diverse da quelle delle comuni sensibilita generali.* — Brochure in-8° de 61 pages. — Napoli, 1893. — Tipografia della *Riforma Medica,*

Massalongo (R.). — *Sull'atetosi doppia lezione.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Napoli, 1894. — Casa editrice F. Vailardi.

Massalongo (R.) et Parinati (S.). — *Isterismo viscerale* (*Contributo alle sindromi simulatrici dell' isterismo*). — Brochure in-8° de 26 pages. — Napoli, 1894. — Tipografia della *Riforma médica.*

MASSE (E.) et WOOLONGHAN. — *Nouveaux essais de topographie cranio-encéphalique* (*Applications chirurgicales*). — Brochure in-8° de 76 pages, avec 10 figures. — Paris, 1894. — Libraires associés éditeurs.

NARICH (B.). — *Étude sur la fièvre dengue*. Première épidémie de Smyrne (Turquie d'Asie) en été 1889. — Brochure in-8° de 54 pages. — Prix : 2 francs. — Pour nos abonnés : 1 fr. 35. — Aux bureaux du *Progrès Médical.*

VINAJ (S.-G.). — *Malattia di Friedreich.* — Brochure in-8° de 7 pages. — Torino, 1894. — Estratta dalla *Gazzetta Medica di Torino.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch Hérissey, imp. — 195

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

VOLUME XXIX (1895) NUMÉRO 96 (Février.)

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY — Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN — Membre de l'Académie de médecine. Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND — Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1895

Vol. XXIX. Février 1895. N° 96

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

QUELQUES OBSERVATIONS DU TROUBLE DE LA MARCHE. DYSBASIES D'ORIGINE NERVEUSE.

Par L. HALLION, ancien interne des hôpitaux, et J.-B. CHARCOT, interne des hôpitaux.

Les quelques observations que nous allons rapporter ont trait à des troubles de la marche, liés à des affections nerveuses diverses. Nous rangeons ces observations, d'ailleurs très disparates, sous le titre général de *dysbasies*.

Le terme d'*abasie*, créé par P. Blocq, désigne des formes symptomatiques bien définies; on ne saurait l'étendre, sans confusion, aux divers cas assemblés dans cet article.

La première représente une *dysbasie de cause psychique*, et rentre, pensons-nous, dans le groupe des basophobies, dont MM. Debove et Boulloche ont cité un cas bien typique[1].

La deuxième et peut-être la troisième sont des exemples de *dysbasies neurasthéniques*. La quatrième, à propos de laquelle le diagnostic différentiel avec la claudication intermittente par oblitération artérielle pourrait, à la rigueur, un instant se poser, se rattache à la *dysbasie par affection organique du système nerveux*.

I. — Dysbasie psychique.

Nous avons pris l'observation suivante, en 1892, dans le service de M. Brissaud dont l'un de nous était alors l'interne.

[1] *Soc. méd. des Hôpitaux*, 17 novembre 1893.

Observation I. — Del..., soixante-sept ans, sculpteur sur bois.

Pas trace d'antécédent névropathique héréditaire, ni personnel, excellente santé, belle humeur, vie régulière.

En février 1891, un soir, il se rend de Paris à Montreuil par un froid très vif, dort bien la nuit suivante. Le lendemain, il s'aperçoit que la marche le fatigue d'une manière excessive. Ce phénomène persiste les jours suivants, et ne laisse pas de l'inquiéter un peu.

A quelque temps de là, il rend visite à sa sœur. La porte de l'appartement lui est ouverte, il se dispose à entrer. Phénomène singulier, il ne peut faire un pas en avant. « Mais entre donc ! » lui dit sa sœur étonnée de cette hésitation, — « C'est curieux, répond-il, je ne puis avancer. » Cet arrêt dure peu ; il entre enfin, sans la moindre gêne, et reste fort intrigué de ce qui vient de se produire. De ce moment datent les troubles de la marche qui persistent encore aujourd'hui. Ils sont allés d'abord augmentant, puis sont demeurés stationnaires. Actuellement, ils tendent, paraît-il, à s'amender un peu.

Nous faisons marcher le malade devant nous; voici ce qui se passe. Au moment de se mettre en marche, il regarde le sol à quelques pas devant lui, pose sa canne (dont il ne se sépare jamais) à une faible distance en avant, et y prend appui ; il semble se recueillir, méditer l'acte qu'il va accomplir, concentrer son attention et sa force comme s'il s'agissait d'exécuter un acte difficile; en même temps, il piétine sur place, des deux pieds, d'un piétinement rapide et inégal, progressant de quelques millimètres à peine à chaque déplacement du pied. On dirait d'un homme qui s'aventurerait sur une étroite passerelle, pour franchir quelque précipice ; la main gauche, légèrement écartée du tronc, tremble fortement.

Tout à coup, comme soudainement enhardi, le malade se met résolument et franchement en marche, d'une allure normale, à enjambées régulières. Pourtant, il n'a pas l'air complètement rassuré; il va le corps légèrement incliné en avant, le regard attentivement fixé sur le sol, tenant solidement sa canne.

Au bout d'une vingtaine de pas, brusquement, il s'arrête, recommence à piétiner sur place ; le manège du début se renouvelle ; enfin, après quelques secondes, il se remet en route. Ces alternatives de marche régulière et de piétinement se renouvellent ainsi, à des intervalles inégaux, tout le temps que le malade procède.

Certaines circonstances amènent fatalement le retour du piétinement ; il en est ainsi chaque fois que le sujet change de direction, chaque fois qu'il s'oriente à droite ou à gauche, ou qu'il se retourne ; il en est ainsi encore, infailliblement, lorsqu'il est en présence d'une porte à franchir, cette porte fût-elle largement ouverte.

Nous l'avons fait marcher sur un trottoir. Lorsqu'il était arrêté de la façon que nous avons dit, il commençait par écarter, du bout de sa canne, les petits cailloux qui se trouvaient sur le chemin à

parcourir, comme s'il se fût agi là d'un obstacle sérieux. A plusieurs reprises, nous le vîmes marcher en zigzag, descendant du trottoir pour y remonter ensuite, décrivant des lignes brisées. « Cela m'arrive souvent, nous disait-il. Je trouve avantage « *à tirer ainsi des* « *bordées* », je ne sais vraiment pas pourquoi. »

Il ne traverse pas la rue sans demander l'aide d'un passant obligeant. Il a peur de se trouver immobilisé devant une voiture. L'appui d'un bras compatissant lui donne confiance, et il se tire mieux d'affaire. Aucun autre trouble vésanique. Caractère parfaitement normal; intelligence intacte.

L'origine mentale de ces troubles de la marche nous paraît indiscutable malgré l'absence de tout désordre vésanique. Il y a là quelque chose de très analogue à l'agoraphobie. Notons toutefois qu'il n'existait pas d'angoisse au moment où se manifestait l'hésitation.

II. — Dysbasie neurasthénique.

L'observation suivante que M. Brissaud nous a obligeamment communiquée, se rapporte à des troubles de la marche liés à la neurasthénie; elle est écrite par le malade lui-même, on y trouve la minutie habituelle que mettent les neurasthéniques à analyser tous les symptômes qu'ils éprouvent, à chercher la cause de la maladie dont ils souffrent et à en supputer l'évolution future. Un médecin des plus éminents, professeur à la Faculté de Lyon, lui a délivré le certificat que nous transcrivons; il confirme le diagnostic de neurasthénie, déjà évident à la seule lecture de l'observation auto-biographique.

Observation II. — A onze ans, j'ai eu un rhumatisme aux genoux. A trente ans, en 1881, j'ai eu une laryngite chronique pour laquelle j'ai été à Cauterets, Allevard et Aix. On me dit alors que j'étais anémique, ce que je ne crus pas, tant je me sentais vigoureux et surtout bon marcheur.

En 1883, j'ai été victime d'un incendie qui me causa une émotion peu vive; cependant à la suite de certaines fatigues physiques, un mois après, je sentais les premiers symptômes de paresse des jambes. Je crus à du rhumatisme, et cela se passa.

En mars 1885, je faillis perdre ce que j'avais de fortune et surtout ma position : on voulait me rendre responsable de fautes commises par un employé. Cet événement subit eut en moi le plus intense et le plus douloureux retentissement. Pendant quinze jours

après cette révolution, j'eus de violentes douleurs derrière la tête; rien ne pouvait me distraire et on pouvait craindre que je devinsse fou. Quatre ou six semaines après, le mauvais sang que je m'étais fait (pour me servir d'une expression populaire) me tombait sur les jambes. Je ne pouvais presque pas marcher.

Depuis lors, ma maladie a été graduellement en empirant. Il y a deux ans je voulus me faire réformer. Le diagnostic formulé à cette occasion, portait à peu près ceci : neurasthénie classique consécutive à un rhumatisme vague et généralisé avec accidents de phosphaturie et albuminurie...

Ces phénomènes ont pour ainsi dire disparu, mais j'ai perdu pendant longtemps sans m'en douter mes phosphates. Les analyses faites depuis lors révèlent de l'acide urique et de la bile.

En septembre 1890, on m'ordonna le drap mouillé. Un mois après je pris froid ; j'eus une congestion rhumatismale du poumon.

Depuis lors je m'enrhume facilement, je prends plus facilement des maux de gorge et de petites angines.

Actuellement, je ne puis marcher que cinq minutes de suite et cela une ou deux fois par jour; le reste du temps, je demeure presque sans mouvement des jambes. Dès que je fais quelques pas de trop, il me faut plusieurs jours d'immobilité presque complète pour me remettre.

Je n'éprouve pas de douleur proprement dite, mais mes jambes sont lourdes, semblent gonfler et s'effondrer sous moi.

Il y a quelquefois une très légère enflure en dehors et au-dessus de la cheville avec grossissement des veines. Lorsque je fais de la gymnastique des bras, j'ai vite mal dans le dos. Si cette sorte de fatigue s'accentue, elle cède après le repos et l'application de quelque chose de chaud sur le dos (son grillé).

Si je ne puis marcher, je puis encore bien moins me tenir immobile debout. Je ne tiens debout sur une jambe les yeux fermés que quelques secondes. Je n'ai pas perdu la vue mais je dois avoir les yeux atteints puisque je ne puis lire que quelques minutes.

Je dors généralement très bien et de sept heures à neuf heures par nuit, j'ai un bon appétit et très soutenu. Je crois que ma digestion se fait assez bien, surtout depuis que je mange lentement.

Je transpire beaucoup, surtout la nuit; j'ai un peu l'herpès. Depuis la naissance de mon dernier enfant; qui a près de quatre ans je garde une continence absolue. Je ne fume pas, je ne bois ni liqueur ni café, je prends très peu de vin.

J'ai quarante ans et depuis le collège (où je n'ai presque pas travaillé et où je me portais très bien) je mène la vie de bureau.

Depuis l'âge de 28 ans j'ai beaucoup travaillé, plus problablement que ne le permettaient mes forces; c'est ce qui a dû me prédisposer à recevoir dans de mauvaises conditions le choc de mars

1885 rapporté plus haut. De tout temps j'ai été très impressionnable et craintif.

Mon père jouissait d'une excellente santé, il est mort à soixante-huit ans de crises d'éclampsie. Ma mère vit encore et se porte très bien, mais a eu un mal de jambes temporaire non sans analogie avec le mien. Mon père et ma mère étaient cousins germains.

J'ai un frère jumeau qui se porte bien. Nous avions un frère plus jeune que nous qui est mort il y a trois ans de la poitrine. Mes cinq enfants dont quelques-uns sont un peu lymphatiques, se portent en somme très bien.

Suis-je menacé d'une lésion ou quasi-lésion, de la paralysie? Puis-je améliorer mon état ou seulement retarder la marche toujours ascendante de la maladie?

Je voudrais pouvoir marcher un peu plus et pouvoir travailler au moins quatre heures par jour afin de garder quelques années encore la direction de mon étude d'avoué!

Certificat délivré par M. le professeur Tessier.

Je soussigné... déclare donner mes soins à M. X..., avoué, pour des accidents de *neurasthénie* consécutive à un *Rhumatisme vague et généralisé*, dont il souffre depuis de longues années.

La diathèse rhumatismale s'est traduite chez M. X...par des manifestations d'ordre varié, dont les principales sont : des signes *d'irritation dorso-spinale* avec douleur dans les jambes et grande gêne pour la marche, et des poussées de *phosphaturie* alternant avec de *l'albuminurie transitoire*. Ces derniers phénomènes ont d'ailleurs aujourd'hui disparu.

Actuellement ce qui domine chez M. X..., ce sont les signes de la *Neurasthénie classique*, épuisement nerveux, inquiétude vague, mais constantes, douleurs permanentes dans les mollets, plaque dorso-lombaire, angoisse, etc. et *l'effondrement des jambes* qui se dérobent au bout de six ou huit minutes de marche, rendant la station debout fort pénible et nécessitant le repos immédiat.

Dans ces conditions et bien que ces phénomènes soient susceptibles de s'amender dans l'avenir, je pense que les exercices forcés, les marches prolongées, le surmenage physique en un mot, sont absolument interdits à M. X... ; outre qu'il en est incapable, il ne pourrait y être soumis sans un préjudice sérieux pour l'état général de sa santé.

En résumé, il s'agit d'un sujet âgé d'environ quarante ans, devenu neurasthénique il y a une dizaine d'années, à la suite d'une violente émotion. Depuis lors, il éprouve une sensation de faiblesse extrême; actuellement, il ne peut marcher plus de cinq minutes de suite, et encore ne peut-il répéter cet exer-

cice plusieurs fois en un jour sans éprouver, pendant les jours suivants, une fatigue extrême qui le condamne à l'immobilité presque absolue.

Ici, la faiblesse et l'effondrement des jambes, phénomènes notés chez les neurasthéniques, prennent une importance exceptionnelle parmi les autres symptômes. Remarquons aussi que deux ans avant l'apparition de la neurasthénie permanente, le malade avait éprouvé d'une manière transitoire, à la suite d'une émotion minime, le même phénomène à l'état d'ébauche. Enfin à en croire le malade, cette prédisposition spéciale à la fatigue des membres inférieurs semble lui avoir été transmise par hérédité maternelle, bien qu'elle fût demeurée absolument latente chez lui jusqu'à l'intervention d'une cause occasionnelle.

Chez les neurasthéniques, l'état mental exerce, comme on sait, une grande influence sur l'évolution des symptômes. Quelle est la part de cette influence sur les désordres de la marche, dans le cas présent? C'est ce que nous ne saurions dire, d'autant moins que nous n'avons pu examiner le malade et que nous ne connaissons guère que les troubles subjectifs dont il se plaint. C'est encore la neurasthénie qui est en scène dans l'observation suivante.

Observation III. — M. M..., trente ans, lieutenant de chasseurs à pied, vient consulter le professeur Charcot, en 1891, au sujet d'une gêne qu'il éprouve pendant la marche.

Il déclare que sa santé a toujours été parfaite ; il n'a eu aucune maladie, notamment aucun accident vénérien ; il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte. En mars 1890, se montrèrent associés à des troubles dyspeptiques, divers phénomènes nerveux : lassitude générale, lourdeur de tête, vertiges. Ce dernier symptôme se produisait notamment le matin au moment du lever, ou bien lorsque le malade, debout ou marchant, portait son regard en haut, et cessait de voir le sol et les objets adjacents.

Ces phénomènes s'amendèrent, mais en septembre 1890, des troubles nouveaux apparurent. A cette époque, M. X..., dut se livrer à des exercices d'équitation auxquels il n'était pas accoutumé, et qui le fatiguèrent beaucoup. Peu après, il subit une forte contusion du gros orteil. Néanmoins, il prend part aux manœuvres d'octobre ; mais dès le premier jour, après deux heures de marche, il est contraint de s'arrêter, éprouvant aux membres inférieurs cette fatigue excessive dont nous reparlerons tout à l'heure. Dans le cours des manœuvres, ces phénomènes persistent et vont s'accentuant. Ils disparaissent à peu près complètement dans l'hiver sui-

vant; saison pendant laquelle les marches militaires sont rares. Mais en mars 1891, ils se montrent à nouveau.

Sur la demande du professeur Charcot, au mois de juin, l'un de nous examine le malade, et voici les résultats de cet examen.

A. *Avant la marche.* — M. X..., est bien constitué, d'apparence robuste. Il éprouve quelques symptômes neurasthéniques; son ventre se ballonne après les repas, il dort assez mal, et au réveil éprouve de la fatigue.

Aux membres inférieurs, aucune anomalie appréciable, comme couleur, sensibilité, force musculaire. Les artères battent normalement. Le réflexe rotulien est exagéré des deux côtés; à droite, où cette exagération est plus manifeste, on note aussi le tremblement épileptoïde du pied.

Aucune sensation anormale pendant le repos, si ce n'est un vague sentiment de gêne dans la partie interne de l'aine droite. Cette sensation s'exagère un peu quand le membre exécute des mouvements. La vue ni le palper ne décèlent rien de particulier dans cette région ni dans les bourses.

B. *Pendant la marche.* — Nous invitons le malade à marcher sous nos yeux, dans les vastes cours de la Salpêtrière. Il va d'un pas rapide, sans que rien d'anormal apparaisse d'abord. Au bout d'un quart d'heure environ, un certain trouble se manifeste, mais si léger qu'il passerait inaperçu pour un observateur non prévenu; il consiste en ce que le pied droit, au lieu de porter sur le sol d'abord par le talon comme fait le pied gauche, s'y pose d'emblée par toute sa face plantaire; de plus, le pied droit dans son mouvement de translation d'arrière en avant frotte souvent le sol de sa pointe. Bref, la pointe du pied droit est un peu tombante, il existe une sorte de « steppage » léger. Bientôt le malade abandonne l'allure rapide, et marche d'un pas modéré.

Interrogé sur ce qu'il éprouve, il accuse une grande fatigue des deux jambes, mais surtout de la jambe droite; il a besoin de se reposer. A droite, il lui semble que le cou-de-pied est gonflé, et que l'avant-pied est comme doublé de ouate sur la face plantaire.

C. *Après la marche.* — Aucune modification objective dans les membres inférieurs : coloration, température, sensibilité cutanée, sont normales; la force musculaire elle-même n'est pas notablement diminuée. Les artères, en particulier la pédieuse, battent normalement. Peut-être l'exagération des réflexes est-elle plus marquée; toutefois, la trépidation épileptoïde ne peut être provoquée à gauche.

La neurasthénie était manifeste chez ce malade, mais elle était peu accusée. Les troubles de la marche étaient d'ailleurs infiniment moins marqués que chez le sujet précédent : M. M...

était simplement contraint de se reposer de temps en temps, ses jambes devenant, après une marche de faible durée, un peu raides et surtout impotentes. Faut-il rattacher ce symptôme à la neurasthénie? Nous serions porté à le croire, étant donné ses rapports de coïncidence avec divers phénomènes neurasthéniques, et l'absence de toute affection déterminée, à laquelle on puisse les attribuer. Cette opinion ne saurait être admise, pourtant sans d'expresses réserves, car l'exagération des réflexes rotuliens et la trépidation épileptoïde du pied n'appartiennent pas au syndrome neurasthénique, et indiqueraient plutôt une affection médullaire : simple névrose non définie ou maladie organique (sclérose en plaques?) non encore caractérisée. Dans cette dernière hypothèse, l'observation de M. M..., se rangerait dans la catégorie de dysbasies à laquelle appartient le cas suivant[1].

III. — Dysbasie par lésion organique du système nerveux.

A la consultation externe de M. Brissaud, se présente en mars 1892 le nommé V .., âgé de cinquante-six ans, commissionnaire.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, *rhumatisante*, quatre-vingt-neuf ans.

Père mort par *apoplexie;* frère légèrement *rhumatisant.*

Dans la famille, aucune maladie nerveuse ni mentale, pas de déformations congénitales; tous ses parents meurent vieux, valides jusqu'aux derniers jours.

Marié à une femme poitrinaire, M... en a eu un fils, mort lui-même de la poitrine. Remarié à une femme saine, il en a eu deux enfants, restés vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — *Déformation congénitale des deux mains.* Les doigts sont rabougris, informes.

De vingt à vingt-huit ans, marchand de vin, il buvait 4 litres de vin par jour, peu d'eau-de-vie. Toutefois, pas de phénomènes d'alcoolisme marqués d'après l'interrogatoire détaillé auquel nous le soumettons. Devenu ensuite arpenteur-géomètre, il reste très sobre depuis lors. A vingt et un ans, main *gauche* écrasée, 3 métacarpiens enlevés avec les doigts correspondants. A trente ans, fracture de la clavicule *gauche* et de quelques côtes à *gauche*, enfin, fracture sus-malléolaire de la jambe *gauche.*

[1] Nous avons appris récemment que M. M... continuait actuellement son service d'officier, ce qui rend peu vraisemblable l'hypothèse d'une lésion organique.

État actuel. — Sujet très solidement musclé ; apparence de bonne santé.

Il éprouve très souvent, depuis trois ans, dans la journée, mais surtout la nuit, dans les deux pieds, à la région plantaire exclusivement, une *sensation de brûlure* intense ; cette douleur survient surtout quelques moments après qu'il vient de se coucher. Il la soulage en s'enveloppant les pieds de serviettes mouillées, ou en marchant sur le parquet froid. Mêmes douleurs dans la main gauche, et, depuis quelque temps aussi, dans la main droite.

Troubles de la marche. — En même temps que les phénomènes douloureux, ou à peu près, ont apparu des troubles de la marche. Après une heure, deux heures de marche seulement à certains jours ; mais, d'autres jours, toutes les dix minutes, il est contraint de s'arrêter. Il éprouve dans les deux jambes une sensation de faiblesse, et en même temps une sensation de brûlure dans les pieds. Il se repose une dizaine de minutes; tout s'apaise; il continue sa route pour s'arrêter encore, les mêmes phénomènes se reproduisant.

A l'âge de vingt-cinq ans (période des 4 litres de vin quotidiens), le malade a éprouvé, sans cause connue (pas de refroidissement), des douleurs tout à fait comparables à celles dont il souffre maintenant : sensations de brûlure très pénibles, d'abord dans l'épaule *droite*, puis dans le reste du membre supérieur droit; ensuite, quittant complètement le membre supérieur, ces sensations s'emparent du membre inférieur *droit*, siégeant à la face externe de la cuisse et au gros orteil. Cette sensation de brûlure interne se calmait par l'immersion du pied dans l'eau froide. Elle survenait d'ordinaire à la suite de *marches*, même peu prolongées (marche durant une heure, par exemple). Mais ces phénomènes ne tardent pas à disparaître, et jusqu'à ces dernières années, à part les traumatismes accidentels cités tout à l'heure, la santé est bonne.

Il y a quelques années, douleur au niveau du tendon rotulien *gauche*, par la pression seulement (acte de s'agenouiller) : « C'était comme si on lui enfonçait une pointe dans les genoux. »

En septembre 1889, il est exposé, en pleine campagne, à une forte pluie. C'est à partir de ce moment qu'il éprouve dans les deux pieds, et bientôt après dans la main gauche, les phénomènes dont il se plaint aujourd'hui.

Examen des membres inférieurs. — Pieds plats. C'est pour cette raison, sans doute (car il s'est toujours connu cette déformafion du pied) qu'il n'a jamais été très bon marcheur.

Au cou-de-pied gauche, déformation résultant de la fracture ancienne : écartement et saillie anormale des deux malléoles.

Pieds légèrement violacés, jambes et cuisses un peu marbrées ; ces troubles de la vascularisation cutanée prédominent beaucoup à *gauche*.

Atrophie de la cuisse et de la jambe gauches. — Cette atrophie, que le malade n'avait pas remarquée, est très notable. Elle est prononcée surtout à la jambe, où elle atteint principalement, sinon exclusivement, le mollet ; elle est moins accentuée à la cuisse, où elle est localisée dans le triceps.

Réactions électriques (faradiques et galvaniques) normales.

Troubles de la sensibilité. — Nous avons noté plus haut les sensations de brûlure qui se montrent spontanément ou à la suite de la marche.

Sensibilité de la peau conservée, sauf une bande verticale de dysesthésie occupant la face externe de la cuisse droite, zone où se montrent les mêmes sensations de brûlure qu'au niveau des pieds. Il y a vingt ans que le malade éprouve dans cette région ces sensations de brûlure et qu'il s'est aperçu de la diminution de sensibilité existant dans cette zone.

Examen du système nerveux. — Partout ailleurs, sensibilité cutanée et musculature intactes. Réflexes pupillaires normaux. Quelques secousses fibrillaires çà et là. Céphalalgie occipitale légère persistante.

Système artériel. — Radiales très légèrement indurées, un peu flexueuses. Battements normaux dans toutes les artères superficielles.

Urines. — Pas de sucre, ni d'albumine.

Il s'agit évidemment ici d'une affection organique du système nerveux ; malgré l'existence d'un léger signe d'athérome on ne peut songer à la claudication intermittente par artérite. Les phénomènes douloureux, les troubles vaso-moteurs, l'atrophie musculaire, prédominant sur les extenseurs nous portent à incriminer une névrite, affectant principalement, sinon exclusivement, le membre inférieur droit. L'affection a débuté à l'âge de vingt-cinq ans, à une époque où le sujet se livrait à de grands excès alcooliques ; ces derniers paraissent donc avoir constitué la cause. Après cessation de ces excès, la maladie rétrocéda ; elle se manifesta plus tard à nouveau, sous l'influence d'un refroidissement.

CLINIQUE MENTALE.

LES DÉLIRES PLUS OU MOINS COHÉRENTS DÉSIGNÉS SOUS LE NOM DE PARANOIA (*suite*) [1];

Par le Dr P. KERAVAL,

Médecin en chef des asiles de la Seine.

La folie systématique chronique (*chronische Verrücktheit*) elle-même n'est pas toujours aisée à distinguer de la confusion mentale (*Verwirrtheit*), parce que, parfois, pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, elle est entrecoupée d'une phase de confusion mentale hallucinatoire totale, d'agitation très vive, phase passagère qui représente, symptomatiquement, la confusion mentale hallucinatoire aiguë.

Notons cette opinion persistante des cliniciens que la suractivité intellectuelle d'un malade hanté par des hallucinations et des idées de persécution ou des idées délirantes absorbantes quelconques qui tendent à se systématiser, à se coordonner, à s'enchaîner, peut se traduire par cette forme de l'agitation qui peut, à bon droit, s'appeler de la confusion mentale.

Meynert, dans ses leçons cliniques sur la psychiatrie (en 1890) consacre au sujet qui nous occupe de longues pages d'analyse clinique et théorique. Il prétend établir l'existence d'une maladie mentale qui correspond, somme toute, à son ancienne *Verwirrtheit hallucinatoire*, et à laquelle il donne le nom d'*amentia*. Dans l'amentia de Meynert, il y a suppression, totale ou partielle, du travail d'association, de coordination des images corticales, de l'enchaînement des idées. Il en résulte un désordre, un pêle-mêle, une confusion cérébrale qui est la *Verrwirrtheit* ou confusion mentale. Le malade, incapable de fusionner les images dans le champ de la conscience, subit

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 94, 95.

les perceptions sans les comprendre. Les hallucinations n'accompagneraient pas forcément la confusion mentale (*Verworrenheit*). C'est l'illusion qui lui est le plus intimement combinée. L'intensité de ces accidents peut être telle que la dissociation entraîne une incohérence verbale hachée, et un excessif désordre des actes; le *délire aigu* représente cette extrême acuité de la Verwirrtheit ou amentia de Meynert. On reconnaît aussi dans l'*amentia* des *lambeaux de délire de grandeur* et de *persécution*. Mais elle se distingue de la folie systématique (*paranoïa*), par l'état de la lucidité constatée dans cette dernière qui, par un enchaînement de fables délirantes aboutit à la fixité de l'idée. Toutefois il n'est pas rare, dans la paranoïa, d'observer des phénomènes dus à l'épuisement nerveux et qui sont de l'amentia.

Quant à la *Paranoïa* ou folie systématique chronique primitive (*chronische primœre Verrücktheit*), Meynert adopte les opinions cliniques de Snell, Sander et Westphal. Ici il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel quant à la forme de l'idéogénèse; le fonctionnement mécanique reste parfait, le malade apprécie généralement nettement le monde extérieur. Mais il ne faut pas oublier les cas complexes de confusion mentale (*amentia*) avec manie, ayant été précédée de folie systématique (*paranoïa*) dans lesquels, ce syndrome de confusion mentale cédant de nouveau, on voit se produire la systématisation délirante bien ordonnée de la folie systématique, ni les observations dans lesquelles le syndrome aigu en question précipite les malades dans une profonde démence.

Les troubles de la catatonie sont, en pareils cas, désignés sous le nom d'*amentia*, c'est-à-dire confusion mentale, avec *stupeur*. Wille en a donné des exemples très nets de cas aigus, qu'il a qualifiés de Verwirrtheit. L'obnubilation de la conscience, en est le symptôme le plus important. Les perceptions et l'attention sont affaiblies; les conceptions sont profondément amoindries. On constate les idées délirantes et les hallucinations sensorielles les plus variées. Fréquemment, pendant des années, il y a des mouvements impulsifs coordonnés (automatisme). Il est hors de doute que les hallucinations sensorielles exercent surtout une influence sur la vie sentimentale et les actes du patient. Mais ce serait violenter les faits que de leur imputer le trouble de la conscience, souvent si profond qu'il paraît tout bonnement impossible que les troubles sensoriels

agissent sur la conscience (Wille). On voit la confusion mentale se présenter à l'état intercurrent dans les psychopathies les plus différentes. M. Wille accepte l'existence d'une *folie systématique aiguë* (*paranoïa acuta*), caractérisée par ceci que, dans le cours de délires avec confusion mentale (*verworrene Delirien*) ou délires diffus, il existe des idées délirantes systématisées et constantes (*systematisirte und constante Wahnideen*).

Ces textes donnent une grande clarté aux mots et aux choses. L'idée de la folie systématique aiguë y est exprimée sans ambage, avec ses motifs ; parce que, est-il dit, on y constate les élements dissociés mais surnageant de la folie systématique chronique. Ils montrent aussi l'association de la confusion mentale à ces deux aspects de la folie systématique et leurs relations pathogénétiques. Avec eux, on comprend moins la nécessité de multiplier les termes, les incertitudes des auteurs antérieurs qui les ont multipliés et qui, après les avoir multipliés, ont pu se trouver embarrassés de les expliquer en en cherchant les caractères différentiels.

Mayser propose pour la confusion mentale (*Verwirrtheit*), ou la folie systématique aiguë (*acute paranoïa*), *ad libitum*, le nom de délire asthénique, il y joindrait le délire consécutif à la morphine, au chloral, à l'oxyde de carbone et autres intoxications.

M. Scholz dit qu'au point de vue psychologique, le delirium tremens est un délire systématique hallucinatoire primitif (*primærer hallucinatorischer Wahnsinn*). « Le délirium tremens, surtout dans sa forme prolongée, doit être tenu pour le type de ce délire. » A côté de cette folie systématique primitive (ou *Verrücktheit*), il y aurait à distinguer une folie systématique originelle (*originære Verrücktheit*). Mais, entre ces deux groupes, il faut admettre des formes mixtes, par exemple la folie systématique primitive (*primære Verrücktheit*), avec délire des persécutions et des variétés telles que le délire de chicane ou des persécutés persécuteurs (*Quærulantenwahn*), l'érotomanie, la folie systématique (*Verrücktheit*) par obsessions.

M. Jung attribue à la *Verrücktheit* les caractères suivants : Tous les malades qu'elle atteint ont des cerveaux faibles ou infirmes ; c'est pour cela que les buveurs et les puerpérales y sont particulièrement prédisposés. Elle résulte d'un mécanisme pathologique des conceptions. Le délire s'installe sans préparation morale, ni sans réflexion préalables, il ne tend pas

à rien expliquer comme dans la mélancolie ou la manie. Les hallucinations peuvent revêtir une allure extrêmement aiguë, fougueuse, et engendrer une confusion mentale (*Verwirrtheit*) secondaire par leur énorme abondance; dans ce cas, elles empêchent la formation de conceptions délirantes proprement dites ou ne leur permettent pas de se condenser, de se concentrer en un délire organisé.

Ceci est la confirmation et l'explication des textes précédents de Meynert et Wille, dont Mendel va nous donner la synthèse.

Mendel, continue M. Cramer, appartient à l'École qui résume les différents tableaux morbides envisagés *suprà*. Il en forme une maladie, la *paranoïa*, qu'il divise en *paranoïa primaire* et *paranoïa secondaire*.

« La *paranoïa primaire* est, dit-il, une psychose fonctionnelle caractérisée par la genèse primitive de conceptions délirantes. Les conceptions délirantes dominent, sans opposition, la vie mentale du malade ; aucune conception contradictoire ne naît dans son cerveau. Les quelques idées normales qui peuvent lui rester n'entrent point en conflit avec la conception délirante dominante. Le texte même du délire modifie et dirige ses sentiments. Ses actes morbides sont aussi la conséquence du sujet du délire, qu'il y ait ou non des hallucinations sensorielles. » La *Verrücktheit abortive* de Westphal n'est pas une paranoïa, puisqu'il s'agit, dans l'espèce, non de conceptions délirantes, mais d'obsessions.

Mendel divise la paranoïa primitive en *paranoïa simplex:* elle se produit sans hallucinations et, plus tard, on n'en constate pas ou l'on n'en constate que d'une façon toute passagère, toute isolée, et en *paranoïa hallucinatoire*, commençant d'emblée par des hallucinations, celles-ci ne la quittant plus, et exerçant une influence constante sur le tableau morbide. Ces deux formes sont tantôt aiguës, tantôt chroniques.

La *paranoïa simple chronique* a pour variétés: la folie systématique originelle (*originære Verrücktheit*) de Sander, et le délire des persécutés persécuteurs, ou de chicane (*Quærulantenwahnsinn*), tandis que la *paranoïa hypochondriaque* est une variété de la *paranoïa hallucinatoire chronique*. La paranoïa peut d'ailleurs être compliquée de stupidité pendant un temps plus ou moins long.

Mendel dit encore : « La conscience est, dans la paranoïa

aiguë, parfois passagèrement troublée ; cela arrive rarement dans la paranoïa chronique. Quand il y a inconscience, le malade ne conserve pas le souvenir de ce qui s'est passé pendant cette période. Les actes résultent des conceptions délirantes et des hallucinations lorsqu'elles se produisent.

La *paranoïa hallucinatoire aiguë* se compose d'un stade prodromique plus ou moins long, de symptômes indéterminés de toutes sortes, après quoi s'installe un délire général, avec trouble considérable de la conscience. Ce délire s'accompagne d'hallucinations en masse, le plus souvent de tous les sens. Il y a incohérence, mais déjà l'on y peut parfois reconnaître les deux types de délire (délire des grandeurs et délire des persécutions).

Quand les idées commencent à galoper, on assiste à la création du symptôme que nous avons l'habitude de désigner sous le nom de confusion mentale générale (*Allgemeine Verwirrtheit*), auquel se joint l'agitation motrice de plus en plus vive ; il semble qu'on ait devant soi un maniaque ; et en effet, au début de ce complexus syndromique, il est difficile de le distinguer de ce que j'ai décrit sous le nom de *manie hallucinatoire*. Dans l'immense majorité des cas, cette paranoïa hallucinatoire violente se rattache à une affection fébrile aiguë ; notamment à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, à la pleurésie, à la dysenterie, à la scarlatine, et surtout aux maladies puerpérales.

L'histoire des délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa ou folie systématique, prend un corps parfaitement concret. Le jeu des hallucinations, des conceptions délirantes et de la confusion intellectuelle est exposé avec précision.

Dans la *Verwirrtheit* (de Wille), ou démence (d'Esquirol), ou *Wahnsinn hallucinatoire aigu* (de Meynert), ou *primære acute Verrücktheit* (de Westphal), ou *Wahnsinn sensoriel aigu* (de Schuele) ou somniations (des autres auteurs), Orchansky voit une obnubilation plus ou moins profonde de la conscience. L'activité psychique entière du malade est obnubilée, il n'a plus la conception nette de son propre Moi, il ne reconnaît plus la réalité des choses extérieures et ne saisit plus les limites entre le Moi et le non-Moi. Les faisceaux d'association exercés à la coordination habituelle sont, aussi bien que ceux qui sont un produit du travail intellectuel, tombés en désuétude. Quand

l'obnubilation de la conscience est légère, les patients sont en demi-sommeil ; ils paraissent étonnés, tout en s'efforçant de reconnaître leur entourage, et de s'orienter. Parfois, ils réussissent, pour un instant, à déchirer le voile qui les couvre. En cet état, le malade a encore un léger souvenir, quoique partiel et sommaire, du passé, mais quand l'obnubilation de la conscience atteint son maximum, il est en stupeur et presque dans le coma. Il n'est pas rare de voir ce symptôme fondamental de l'obnubilation de la conscience s'accompagner de phénomènes d'excitation d'ordre mental, tels que conceptions délirantes et hallucinations. Dans l'immense majorité des cas, cette confusion mentale (ou somniation avec obnubilation de la conscience) n'est qu'une courte période, l'accès atténué, le stade de développement en raccourci d'une psychose complexe. La plupart du temps elle apparaît dans le cours de la folie systématique (*Verrücktheit*) primitive, tant aiguë que chronique et, en particulier, dans le cours de la folie systématique (*Verrücktheit*) dégénérative, de celle qui a pour terrains les névroses graves telles que l'hystérie, l'épilepsie et la neurasthénie. Il va de soi que, dans tous les cas où la confusion mentale est la phase ou le stade d'une psychose complexe, le syndrome relativement simple que nous avons décrit se complique des éléments de celle-ci.

M. Werner s'est efforcé de coordonner en un tout concret les différentes opinions sur les divers modes de manifestations de la *paranoïa*. Il se sert donc exclusivement du mot paranoïa et distingue : une *paranoïa aiguë simple*, une *paranoïa chronique simple*, une *paranoïa aiguë hallucinatoire*, une *paranoïa secondaire*. Dans la paranoïa simple, il n'y a pas d'hallucinations. « L'hérédité, selon lui, y joue son rôle, comme partout ; elle est de 19 p. 100; tandis que Mendel ne l'a observée que dans 8 p. 100. » Le pronostic le plus favorable appartient à la *paranoïa aiguë hallucinatoire*.

M. Werner sépare tout à fait la confusion mentale aiguë (*acute Verwirrtheit — amentia* de Meynert) de la paranoïa pour les raisons suivantes. « Les symptômes cardinaux de la confusion mentale sont, comme son nom l'indique, l'incohérence des discours et le désordre des actes en rapport avec une inconscience profonde. Or, tout ceci se retrouve au stade de début de la paranoïa, mais ici, l'obtusion du sensorium est bien moindre, et le décousu des discours n'y est que passager.

De plus (dans la paranoïa), de très bonne heure, au milieu du verbiage confus apparaissent certains mots, certaines idées opiniâtres qui permettent de démêler des idées délirantes constantes qu'on arrive à rattacher à leur tour à des actes déterminés ayant un objectif conscient et qui témoignent nettement de la défiance du sujet et du mal auquel il se croit en butte, en un mot du délire d'inquisition (*Beachtungswahn*) de Meynert. »

Il y aurait donc une folie systématique aiguë, simple ou hallucinatoire (idées de suspicion ou de persécutions en germe non encore systématisées, avec ou sans hallucinations), une folie systématique chronique simple, une folie systématique secondaire, une confusion mentale pour les uns, indépendante de ce genre de délires, pour les autres, apparaissant dans le cours de la folie systématique aiguë ou chronique, enfin peut-être aussi constituée par l'exagération des phénomènes aigus de la paranoïa.

M. Kirchhoff divise les troubles psychiques simples, d'après nous fonctionnels, en : *a*, mélancolie ; *b*, manie ; *c*, folies périodiques ; *d*, paranoïa.

La paranoïa se décompose à son tour en : 1° Wahnsinn ; 2° Verrücktheit ; 3° Verwirrtheit.

La *Paranoïa* n'est autre chose que la mélancolie ou la manie persistantes avec addition de conceptions délirantes cohérentes, organisées, *systématisées*. 1° Le *Wahnsinn* est un trouble intellectuel composé de conceptions délirantes et d'hallucinations sensorielles *rapidement* élaborées de manière à former un *tout cohérent* et étroitement associées à des sentiments profonds. La *Verrücktheit* ne témoigne pas d'une sensibilité morale si persistante ; les sentiments ne sont là que des éléments accidentels qui disparaissent rapidement. Tout développement de Wahnsinn s'accuse par l'apparition de sentiments persistants ; il procède aussi par des oscillations qu'on ne rencontre pas à un si haut degré dans la Verrücktheit. Le *Wahnsinn* est au fond un épisode de paranoïa aiguë, pouvant évoluer rapidement et favorablement ;

2° La *Verrücktheit* est un trouble intellectuel dans lequel les conceptions délirantes, généralement accompagnées d'hallucinations sensorielles, s'organisent parfois vite, mais d'ordinaire lentement, en un *système de délire progressif* ; elles n'exercent sur le patient qu'une impression morale tout accidentelle, et qui se dissipe le plus souvent peu à peu. Elle se

montre exclusivement chez les héréditaires et présente une marche défavorable, abstraction faite de quelques cas dont le diagnostic est douteux. La Verrücktheit est un groupe de la paranoïa;

3° Quant à la *Verwirrtheit*, il faut y voir principalement un syndrome secondaire consécutif aux deux formes précédentes de la folie systématique, Wahnsinn ou Verrücktheit. « Nous voici arrivé, dit M. Kirchhoff, à la confusion mentale hallucinatoire (*acute hallucinatorische Verwirrtheit*) dont nous avons touché un mot dans les formes violentes de manie; quand celles-ci passent à l'état chronique, la confusion mentale, généralement produite dès le début par les hallucinations sensorielles, persiste, bien qu'il puisse survenir des atténuations pendant lesquelles on constate que le cerveau tente encore d'assembler des conceptions délirantes. La Verwirrtheit peut donc aussi exhiber les éléments de la paranoïa avant que celle-ci soit complètement formée ou après son entier développement; dans le premier cas, elle apparaît comme la fondation de l'édifice; dans le second, elle n'en représente plus que les décombres. »

Le même auteur parle aussi d'une *Verwirrtheit asthénique* (à l'exemple de Mayser), survenant dans les troubles psychiques aigus consécutifs à la neurasthénie.

Cette division des vésanies ou troubles psychopathiques sans lésions est particuliérement intéressante. Elle donne satisfaction à tout le monde et permet de ranger toutes les observations sous l'une des rubriques proposées, en prenant pour guides : les idées de persécutions ou de grandeurs, les idées délirantes baroques quelconques, l'émotion du malade impressionné ou non par ses idées délirantes, la forme et les allures des hallucinations sensorielles, la coordination ou la diffusion des propos, le désordre des facultés, le rôle des maladies ayant préalablement affaibli l'économie, enfin la marche (épisodique ou non), des perturbations intellectuelles.

Elle a tout au moins cet avantage de frapper chaque terme en exergue du coup de balancier décisif.

Paranoïa comprend tous les délires à éléments susceptibles de germer jusqu'à l'état de système, ce mot signifie folie systématigène en général; encore incohérente, vague, impressionnante ou non dans le *Wahnsinn;* tout à fait systématisée et automatiquement systématisée dans la .*Verrücktheit*. La *Verwirrtheit* ou confusion mentale, quelles que soient son origine et ses relations effectives

avec les autres formes de la paranoïa, s'explique d'elle-même, puisque l'on y trouve aussi les éléments de la paranoïa à la cohésion desquels s'oppose l'agitation. Voici d'ailleurs des documents sur sa genèse.

Meynert et Fritsch, ainsi que nous l'avons vu dans leurs premiers mémoires sur l'incohérence hallucinatoire (*hallucinatorische Verworrenheit*), avaient parlé de l'incohérence par défaut d'association dans les idées ; de même, Ziehen, fouillant le sujet, analyse les éléments composant les anomalies psychiques de la *paranoïa*. Il est convaincu que, dans certaines maladies déterminées qui, indubitablement, relèvent de la paranoïa, le rôle principal est joué par des troubles dans le jeu de l'écoulement des conceptions. « Quand les hallucinations cumulatives ou les idées délirantes portent en elles des nuances sentimentales très vives, positives ou négatives, la décharge des idées représentatives est surtout accélérée, rarement ralentie. » M. Ziehen examine ensuite la rapide succession des idées qui, sous la forme de galop, se produit d'emblée à l'état de symptôme intercurrent dans la folie systématique hallucinatoire aiguë (*acute hallucinatorische paranoïa*), ainsi que dans les exacerbations aiguës de la folie systématique hallucinatoire chronique (*chronische hallucinatorische paranoïa*) ; en pareil cas, on constate généralement une agitation morbide susceptible de parcourir tous les cycles, depuis l'exagération des gestes stéréotypés ou catatoniques, jusqu'à la manie furieuse grave. C'est cette espèce de *galop* intercurrent des *idées* qui, de même que chez les maniaques, peut aboutir à l'incohérence secondaire.

Le ralentissement primitif de l'association des idées se présenterait aussi, comme symptôme intercurrent, dans la paranoïa, mais beaucoup plus rarement que son exagération.

Un troisième symptôme, pouvant aussi se montrer intercurremment dans la paranoïa, c'est l'*incohérence primitive de l'association des idées ;* on la désigne sous les noms de *désorientation* ou *trouble de la conscience*. Très fréquent dans la paranoïa, il masque tout à fait l'état du sentiment qui ne paraît pas atteint. Mais il y a une forme spéciale de paranoïa, dans laquelle cette incohérence primitive est l'élément dominant et permanent, les hallucinations sensorielles et les conceptions délirantes ne jouant alors qu'un rôle accessoire concomitant, et c'est pourquoi les auteurs ont décrit des accès de

confusion mentale qu'ils ont divisés en deux groupes : l'un, dans lequel l'incohérence est le résultat secondaire des hallucinations; — l'autre, dans lequel l'incohérence est primitive. Ce second groupe mérite une place à part dans la paranoïa, car le trouble de la conscience ou désorientation est non la cause, mais l'épiphénomène de l'incohérence. Or, les observations de ce genre, à incohérence primitive, doivent être rattachées à la paranoïa, car on y note tout autant que dans la folie systématique chronique (*chronische Paranoia*), des conceptions délirantes.

S'il n'y a guère, d'après Ziehen, de folie systématique chrotique simple (*einfache chronische Paranoia*) dans laquelle il n'y ait à l'occasion des hallucinations, inversement il n'y a guère de folie systématique, hallucinatoire aiguë (*hallucinatorische acute paranoia*), dans laquelle on ne constate occasionnellement de conceptions délirantes primitives. Même dans le délire de chicane ou des persécutés persécuteurs processifs (*Quœrulantenwahn*), il y a des hallucinations sensorielles. Ce n'est pas tout Dans le cours de la paranoïa chronique simple, même dans des stades les plus tardifs de cette maladie, il peut survenir des bouffées d'hallucinations, accès dont le complexus symptomatique est presque semblable à la paranoïa hallucinatoire ordinaire. L'incohérence primitive peut, à son tour, se montrer comme symptôme intercurrent dans la paranoïa hallucinatoire aiguë; de même les hallucinations peuvent apparaître à l'état intercurrent dans la forme de paranoïa où domine l'incohérence. C'est un échange de bons procédés qui indique l'intimité des deux variantes.

La paranoïa à incohérence primitive est désignée par M. Ziehen sous le nom de *paranoïa dissociative ;* il faudrait la ranger à côté de la paranoïa hallucinatoire aiguë. Il conviendrait enfin d'admettre une troisième forme principale de paranoïa, la *paranoïa simple* avec prédominance d'idées délirantes primitives. Mais cet auteur fait aussi remarquer que la *paranoïa dissociative n'est pas franchement distincte* de la *paranoïa hallucinatoire aiguë*, et que, lorsque la maladie a atteint son plein développement, il est difficile de décider s'il y a ou non des hallucinations.

Tel est l'essai analytique de la confusion mentale et de ses relations avec la folie systématique. Il en résulte que partout et toujours dans toutes les modalités de paranoïa on note les mêmes symptômes

— idées délirantes — hallucinations — incohérence avec désorientation — disposés différemment suivant l'espèce ; cette différence dans la disposition des symptômes caractérise l'aspect qui vaut son nom à la maladie. La maladie ainsi constituée peut revêtir à son tour des nuances variables sous des influences inconnues, et devenir momentanément semblable, à raison de l'aspect créé par le nouvel agencement des symptômes, à l'autre espèce. La spontanéité quasi indépendante de ces symptômes, suivant les cas, et la subordination au contraire invariable de la désorientation dans tous les cas est le thème exposé par M. Ziehen. La *confusion mentale paraît en fait un simple accident de la paranoïa.*

Serbski divise les maladies aiguës dont nous venons d'accentuer les types en *amentia acuta* et *paranoïa acuta*. L'*amentia acuta* aurait pour symptômes cardinaux : la *confusion mentale* (*Verwirrtheit*), des troubles de la sensibilité morale permanents ou intermittents, ou, plus exactement, des troubles des sentiments mobiles, kaléidoscopiques, enfin une perturbation dans l'association des idées, très considérable à la période d'acmé de la maladie. Du reste, la confusion mentale généralisée (*Allgemeine Verwirrtheit*) se montrerait parfois dans la folie systématique chronique primitive (*primœre chronische Verrücktheit*). Ce qui, malgré les difficultés de l'entreprise, distinguerait l'amentia aiguë de la paranoïa aiguë, ce serait le profond trouble de la conscience de la première et la lucidité relative de la seconde, puis, la mobilité des sentiments de l'amentia contrastant avec l'égalité d'humeur de la paranoïa acuta. La paranoïa acuta devrait être rangée parmi les psychoses dégénératives.

Schœnthal distingue aussi de la façon suivante la *Verwirrtheit* de la *paranoïa acuta*.

« La *paranoïa acuta* (*Wahnsinn*) se distingue de la *Verwirrtheit* par la finesse d'exécution des détails de l'édifice constitué par les idées délirantes et la grande lucidité des malades, tandis que dans la verwirrtheit les idées délirantes, polychromes, n'ont du délire que la forme, elles ne sont pas agencées, construites, et le trouble de la conscience est très vif. » Eickholt accentue cette distinction.

Ces deux nouvelles coupes dans la littérature allemande n'ont guère besoin de commentaires. Elles affirment la compréhension de la paranoïa aiguë en tant que folie délirante à éléments systématiques encore insuffisamment assemblés — et au contraire la dissociation parlée et agie de la confusion mentale.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE NERVEUSE.

D'UNE FORME HYSTÉRIQUE DE LA MALADIE DE RAYNAUD ET DE L'ÉRYTHROMÉLALGIE (*suite*)[1];

Par Léopold LÉVI,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'*évolution* a jusqu'à un certain point respecté les degrés de la maladie. Elle a commencé par une période syncopale à laquelle a succédé la période asphyxique. Pendant le traitement, les crises asphyxiques ont disparu tout d'abord, alors que les crises syncopales ont persisté plus longtemps pour devenir de plus en plus rares et de plus en plus courtes.

C'est seulement sous l'influence d'une émotion vive que la cyanose des extrémités réapparaissait. Tandis que pendant un certain temps l'influence du froid se faisait sentir le matin sur les deux mains ou sur une main ou sur un doigt par des phénomènes de syncope locale durant quelques minutes, la lecture d'un livre rappelant des souvenirs amène une crise d'asphyxie. Plus tard cependant, le passage du corbillard d'une amie ne rappelle qu'une crise blanche. A son retour chez elle, des émotions variées provoquent de nouvelles crises bleues, alors que l'impression du froid se traduit par de courtes crises syncopales.

L'influence de la *nuit* ou l'apparition des phénomènes vasomoteurs ne s'est pas fait sentir malgré la remarque de Janet que l'idée subconsciente trop faible pour apparaître au milieu des sensations et des idées de la veille se développe plus facilement à la faveur du sommeil. Elle éprouvait seulement des cauchemars. Malgré l'état de suggestibilité des femmes à cette époque, les *menstrues* n'ont pas eu d'action spéciale sur les crises.

Ce qu'il faut encore indiquer, c'est l'*intensité* de la maladie.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 95.

Le diagnostic de la maladie de Raynaud n'est pas douteux d'après les symptômes décrits. Bien que les crises fussent subintrantes, il était facile de retrouver chacune des crises. D'autre part, c'étaient bien les extrémités qui étaient le siège de l'affection. Mais, comme dans d'autres cas d'asphyxie locale ici à un degré très marqué, ce n'était pas seulement aux extrémités qu'apparaissaient les phénomènes vaso-moteurs. Sur les jambes, sur les avant-bras, même sur les seins il se produisait des bandes vasculaires de couleur violacée formant sur les membres de véritables réseaux. Rappelons aussi l'*âge* de la malade : quarantre-trois ans. La maladie de Raynaud se développe d'habitude chez des jeunes gens.

Un fait plus important est la coexistence avec les phénomènes de Raynaud de *phénomènes urinaires.*

Sont-ils liés à la maladie de Raynaud? Ou plutôt tous ces phénomènes ne sont-ils pas liés à une cause plus générale, l'hystérie ?

La transformation d'anurie en polyurie (jusqu'à 3,700 gr.), sous l'influence de l'hypnose, les variations de la quantité d'urine sous des causes psychiques, nous montre ici la nature de l'anurie et de l'oligurie. L'anurie hystérique signalée au commencement du siècle, décrite par Laycock, Paget, a été admise sans conteste après l'observation de Charcot, bientôt suivie de celles de Fernet et de Quinquaud. On a noté très fréquemment l'alternance chez les hystériques de polyurie et d'ischurie. Ici, avant tout traitement, on ne peut méconnaître le rapport entre les crises subintrantes et l'oligurie permanente. Plus tard le même fait peut avoir une autre valeur.

Nous avons considéré l'augmentation de la quantité d'urine comme une pierre de touche et avions persuadé à la malade qu'elle irait mieux quand elle urinerait davantage. Il y a donc actuellement dans son esprit une association suggestive qui peut causer les deux phénomènes. De toutes façons les troubles urinaires serviront pour la discussion de la pathogénie de la maladie de Reynaud.

Quelques examens d'urine ont été pratiqués par l'interne en pharmacie du service et ont donné les résultats suivants :

Urine 500 gr.	1,300 gr.	2,300 gr.	3,600 gr.
Léger trouble jaune.			
Réaction acide	Acide.	Acide.	
D = 1023	D = 10,19	1,014	

	Litre.	Jour.	Litre.	Jour.	Litre.	Jour.	Litre.	Jour.
Urée	38	19	18,52	24,07	11,43	26,29	11,11	28,86
Ac. urique . . .	0,70	0,35	0,35	0,48	0,20	0,46	0,20	0,52
Phosph. ou PhO^5.	3,40	1,70	1,80	2,40	1,15	2,64	1,12	2,91
Chlorure ou NaCl.	3	1,50	7,2	9,37	4,1	9,43	4,2	10,92

Sauf dans la première urine, où tous les chiffres sont un peu faibles, les quantités trouvées dans les autres analyses sont sensiblement normales avec des variations peu marquées entre l'urine de 1,300 grammes, et celle de 2,600 grammes. Pour les chlorures la différence est plus marquée $1^{gr},50$, $10^{gr},92$.

D'autre part, M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière a bien voulu nous fournir les résultats en volume de deux analyses :

	Volume 410 cc.		945 cc.	
	Litre.	Jour.	Litre.	Jour.
Eau.	969,5	397,50	962,40	910
Résidu sec	30,50	12,50	37,50	35
Cendres.	13,50	5,50	12,50	11,81
Matières organiqnes . .	17	7	25	23,62
Chlorure de sodium . .	9	3,70	8,90	8,40
Densité.	1,020 à 15°.			

Ici la différence entre les résidus secs est notable.

On trouve la même différence que plus haut entre les quantités de chlorures.

Quant à la coexistence des troubles urinaires et de la maladie de Raynaud, elle est loin d'être exceptionnelle. Les urines rarement diminuées, dit Raynaud, sont plutôt abondantes, pâles et limpides, présentant, en un mot, les caractères d'urines nerveuses. Dans une observation de son mémoire de 1874 (Obs. II), il signale la coïncidence de la polyurie et de l'asphyxie des extrémités. Nous-mêmes avons observé pendant notre internat chez M. Barth à l'hôpital Broussais, un malade déjà cité qui offrait de la polyurie. Une feuille d'urine a été faite du 16 mai au 6 juin 1893.

La quantité d'urine était en moyenne de 7,500. Elle a varié pendant le séjour entre 7 et 9 litres. Il n'existait ni albumine, ni sucre. Un examen détaillé a donné les résultats :

Quantité : 7 litres.
D = 1,007

Acide phosphorique total	46,15	par jour.
Acide phosphorique combiné aux alcaloïdes.	2,940	—

Terres	1,225	par jour.
Chlorures	23,10	—
Urée	38,50	—
Acide urique	0,70	—

Maurice Raynaud ne croit pas à une coïncidence fortuite. Il est infiniment probable que les deux symptômes sont placés sous la dépendance d'un même vice d'innervation. Dans l'observation de Garn...r, les phénomènes urinaires (anurie et troubles vaso-moteurs du rein) doivent être mis comme les phénomènes des extrémités sur le compte de l'hystérie. Elle présentait en outre d'autres phénomènes vaso-moteurs : *sueurs* abondantes de la face, *œdème* péri-palpébral.

Dernière remarque : la *température* a été prise pendant un certain temps au moment des crises syncopales et asphyxiques, la malade éprouvant parfois comme un frisson. Une seule fois la température rectale s'est élevée à 40°1. Bien qu'isolé ce fait a son intérêt et méritait d'être signalé.

En résumé, notre observation est démonstrative. Même isolé, notre cas a une valeur absolue. Car il ne s'agit pas ici de coïncidence d'une maladie très fréquente (hystérie) avec une maladie plus rare (aphyxie des extrémités), mais bien d'une maladie de Raynaud hystérique.

II.

Deux questions se posent immédiatement :

1° Sommes-nous tombés sur une exception;

2° A défaut de maladie de Raynaud hystérique, est-il fréquent de rencontrer l'asphyxie des extrémités au cours de l'hystérie?

Un procédé de recherche pouvait consister à reprendre au point de vue de l'hystérie toutes les observations de maladie de Raynaud.

Mais d'abord, elles sont loin d'être toutes publiées. Scheiber[1] mentionne seulement 119 cas. Pour être rare au début, cette affection devenant plus fréquente, les cas n'ont plus paru dignes de la publicité. Et c'est justement dans une période où l'hystérie était moins étudiée, où l'hystérie masculine par exemple était méconnue qu'on faisait paraître ces observations. Thèze[2] a

[1] *Wiener medic. Wochenschrift*, 1892.

[2] Thèse, Paris, 1872.

consacré sa dissertation inaugurale (1872) à l'étude d'un cas de maladie de Raynaud. Il décrit sous le nom d'attaques épileptiformes un tableau, facile à reconnaître, de l'hystérie. Le malade, un soldat, était atteint d'attaques. « Quand on essaie de le soulever, dit-il, le tronc s'élève tout d'une pièce. Parfois il est en opistothonos. On le soulève par la tête. Il y a absence de cri, de morsure de la langue, de miction involontaire. La crise se termine par des larmes. » Le malade présentait en outre de l'anesthésie d'un membre.

D'autre part dans les observations, l'hystérie n'a pas toujours été recherchée avec soin. Son existense a pu être méconnue par Bourrelly[1] qui voulant démontrer que l'asphyxie locale est un symptôme, non une maladie, la montre existant dans l'impaludisme, les néphrites chroniques, la glycosurie, l'état scléreux des artères, et enfin certaines affections cardiaques. Il méconnaît l'hystérie. Il méconnaît aussi le rhumatisme articulaire aigu.

Bien plus, dans certains cas, l'hystérie apparaît en propres termes dans l'observation et est déclarée absente quelques lignes auparavant, ce qui indique l'importance contingente que des auteurs des plus autorisés attachent à ce côté de la question. Dans l'observation XIV de sa thèse, Raynaud dit : jamais aucun accident nerveux. Plus loin, il parle de véritables phénomènes hystériformes : envies de pleurer involontaires, fréquentes émissions d'urines, qui sont extrêmement claires, ont une réaction acide, une densité de 1,022, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Ce sont, dit-il, de véritables urines nerveuses.

En outre dans nombre d'observations rapportées, toute la partie étiologique est passée sous silence. C'est tout un groupe d'observations inutilisables.

En fin de compte, la statistique ne vaut pas devant des faits bien établis. Aussi ce ne sont pas des chiffres qui doivent juger la question. Reprenons quelques observations indiscutables. Relevons l'opinion incidente des auteurs à ce sujet : elle est en rapport avec l'impression que nous avons eue à la lecture de très nombreuses observations.

L'attention fixée sur ce point, la coexistence, la relation de la maladie de Raynaud et de l'hystérie sera plus souvent observée encore.

[1] Thèse, Paris, 1887.

Ce que nous tenons à souligner, c'est que notre intention n'est pas de ramener toute maladie de Raynaud à l'hystérie, mais de montrer qu'il existe une modalité hystérique de cette maladie. L'hystérie existe comme cause de l'asphyxie des extrémités symptôme, et est peut-être plus fréquente qu'on l'imagine, mais il est d'autres causes.

Comme souvent en pathologie humaine différentes causes peuvent s'associer. Nous avons montré l'importance chez notre malade du rhumatisme articulaire aigu.

D'ailleurs l'intérêt n'est pas purement doctrinal : la marche, le pronostic, le traitement de la maladie, sont éclairés par sa cause. L'intérêt n'est pas exclusivement clinique : La pathogénie de la maladie de Raynaud pourra être éclaircie par tout fait complet, c'est-à-dire dont on connaît la cause. Et d'abord, il est dans la science au moins deux observations à notre connaissance qui viennent confirmer notre conclusion.

La première, qui entre autres mérites a celui d'être la première observation que nous ayons trouvée dans nos recherches où le rapport de cause à effet entre l'hystérie et la maladie de Raynaud a été nettement indiqué, est due à Armaingaud. En 1876, cet auteur a lu devant l'Académie de médecine de Paris, un mémoire intitulé : *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique, entièrement guérie par l'emploi des courants intermittents.*

Accès régulièrement intermittents, bi-quotidiens, de sommeil nerveux, d'asphyxie des extrémités, de congestion locale des conjonctives et de névralgies. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-quatre ans qui, indépendamment des autres phénomènes, est atteinte chaque jour d'asphyxie locale des extrémités survenant à cinq heures et demie du soir, en même temps que de congestion locale des yeux, d'une durée de deux heures. L'asphyxie disparaissait quelques heures après elle.

A propos de son travail, Armaingaud propose l'introduction dans les cadres nosologiques d'une nouvelle forme d'hystérie, la forme vaso-motrice intermittente. Au cours des accès de cyanose, l'auteur a examiné attentivement le fond de l'œil à l'ophtalmoscope. Les vaisseaux de la rétine, surtout les artères étaient très sensiblement rétrécis. Dans l'intervalle des accès la vascularisation rétinienne était revenue à l'état normal. Les vaisseaux avaient repris leur calibre.

Nous avons trouvé d'autre part un cas de maladie de Raynaud modifié par l'hypnotisme : *Asphyxie locale des extrémités chez un hystérique*, par Burot[1]. L'observation a trait à Bel... Pierre, âgé de trente ans, ouvrier à l'arsenal de Rochefort, qui fut profondément éprouvé en 1887 par des chagrins de ménage. D'abord il fut atteint d'une névralgie faciale qui dura plus de deux mois, résista à tous les moyens ordinaires et ne se dissipa que par l'emploi de la suggestion. Plus tard, il présenta une contracture des bras qui s'accompagna d'un certain degré d'asphyxie locale des mains, modifiée par suggestion par Burot. Le 21 mars 1889 survint une contracture de la mâchoire et des muscles du pharynx, tellement accusée que la mastication et la déglutition étaient difficiles. Elle disparut en deux jours par la suggestion. La contracture s'était déplacée et localisée dans le bras surtout à gauche, et s'accompagna d'une asphyxie locale des mains à un degré très prononcé. Les deux mains étaient violettes, gonflées surtout le soir, froides au toucher. Le thermomètre appliqué sur le dos de la main accusait le 29 novembre 29°,6 à gauche, 24°,5 à droite.

Sous l'influence de la suggestion, la température s'éleva progressivement tous les jours d'un degré environ des deux côtés, puis la température continua à s'élever sans nouvelle suggestion. L'auteur put en vingt-quatre heures faire varier en plus ou moins la température des mains de 10°. Un jour il dit : « la main gauche va devenir froide et violette ainsi que l'avant-bras gauche », en précisant exactement et en touchant les parties désignées. Le lendemain matin la main était froide et violette. La température accusait 20°, tandis que la veille le thermomètre marquait 30°. Il obtint même un refroidissement sans endormir le malade en lui touchant la main et disant : « Cette main va se refroidir. » En même temps qu'une variation dans la température, l'auteur a signalé une grande différence dans les pouls.

Voilà donc des faits incontestables d'asphyxie des extrémités hystériques. Armaingaud a montré le rapport entre l'hystérie et l'asphyxie des extrémités; Burot a montré l'influence de l'hypnose. Notre observation prouve les liens hystériques de l'affection, indique l'influence de l'hypnose et décèle le mécanisme de l'hystérie par l'existence d'une émotion ou de l'idée fixe subconsciente.

[1] *Revue de l'hypnotisme*, t. IV.

Dans de nombreuses observations on trouve étudiée tantôt une face du problème, la *présence de l'hystérie*, tantôt, l'autre face, l'*influence des émotions*[1]. Intéressantes toutes, elles le deviennent davantage quand chez un hystérique l'influence des émotions est notée.

Nous avons recueilli à ce point de vue une *observation* que nous résumons :

Il s'agit de Parm... Mélanie, cinquante-deux ans, déjà signalée à propos du rhumatisme.

Son père et sa mère étaient impressionnables, coléreux, sa mère éprouvait une sensation de boule quand elle était contrariée. Le grand-père paternel était un grand buveur. Il absorbait par jour près d'un demi-litre de genièvre.

Une sœur est devenue folle à l'âge de dix-huit ans; un oncle est atteint de tic. Un autre oncle est mort fou. Enfin une sœur, morte actuellement, aurait éprouvé à la suite de contrariétés les symptômes de l'asphyxie des extrémités.

Elle-même impressionnable, vive, irascible, a eu une perte de connaissance à l'âge de dix-huit ans, à la suite de la disparition d'un billet de mille francs qu'elle apprit avoir été dépensé par son mari. Prise d'une soif vive, elle alla dans sa cuisine avec un verre, s'évanouit et se retrouva le lendemain matin couchée sur le carreau. Elle était restée huit heures sans connaissance.

Elle a eu successivement une série de crises de maladie de Raynaud, toutes survenues dans des circonstances analogues.

En 1873, au milieu de la nuit (4 heures du matin) on vint pour des affaires politiques arrêter son mari. Son émotion fut grande. Toute la journée elle fit des courses et des démarches. A 7 heures du soir, elle fut toute surprise de sentir ses mains s'engourdir, en même temps qu'elle éprouvait des fourmillements à ce niveau. C'était le stade de syncope locale qui commençait aux extrémités supérieures pour s'étendre jusqu'aux coudes, remplacé au bout d'une demiheure par le stade d'asphyxie. D'après la malade elle éprouva des phénomènes analogues du côté des pieds. Elle ne pouvait plus marcher. L'accès dura deux heures et demie environ.

Il y a trois ans, on arrêta son neveu. Elle travaillait au

[1] Raynaud avait déjà dit : « Dans quelques cas l'apparition de la maladie nous semble provoquée par une violente émotion morale. »



dehors et apprit seulement à une heure du matin par sa concierge, l'arrestation de son neveu.

Deux à trois heures après, crise syncopale, suivie d'asphyxie des extrémités qui dura une heure et demie à deux heures.

Il y a six mois, la malade apprit qu'une de ses sœurs qu'elle voyait rarement était morte en la déshéritant. Trois à quatre heures après, nouvelle crise qui dura trois à quatre heures.

Enfin, au commencement de septembre 1894, elle alla auprès d'une personne réclamer de l'argent qui lui était dû. On nia la dette. Deux heures après, crise syncopale, puis asphyxique.

La malade est catégorique. Jamais l'influence du froid ne se fait sentir sur ses mains.

Voilà donc une observation qui nous montre chez, une malade à hérédité nerveuse chargée (névropathie, aliénation mentale), ayant présenté une perte de connaissance hystérique elle-même, l'influence nécessaire et exclusive des émotions pour l'apparition de la maladie de Raynaud.

Nous relevons un autre détail intéressant, c'est l'existence de la maladie de Raynaud chez deux sœurs, apparaissant chez toutes deux sous l'influence des émotions[1].

A propos de ce dernier détail, nous devons signaler l'*observation* personnelle de W...ll, Louise, âgée de vingt ans, atteinte de chorée à quatre ans, puis de rhumatisme, qui, sous l'influence des émotions, éprouve des crises de syncope, à preuve que ses amies s'étaient aperçues du fait, à la pension, et lui causaient parfois des contrariétés pour faire l'expérience.

Le père de la malade, éthylique, goutteux, nerveux, atteint de crises de pseudo-angine de poitrine, aurait, depuis vingt ans, d'après sa femme, les mains blanches comme sa fille, par intermittences. S'agit-il d'hérédité de maladie de Raynaud, ou plutôt d'hérédité de tempérament nerveux?

L'influence exclusive des *émotions* apparaît encore nettement dans d'autres observations. M. Delta, externe du service, m'a communiqué l'*observation* suivante :

A. Bic...t, cinquante-un ans, cuisinière, ne paraît pas éthylique. Elle est très nerveuse. Son état névropathique s'est considérablement accentué depuis quelque temps. Elle éprouve des sensations de chaleur, de boule, des énervements pro-

[1] Dans sa thèse, Raynaud signale le cas de deux frères, l'un âgé de douze ans, l'autre de quatorze ans, qui vivaient dans un orphelinat agricole et furent atteints simultanément de gangrène symétrique des extrémités pendant un hiver rigoureux.

longés. Bic...t est à la période de la ménopause. Les règles sont irrégulières et rares. Les réflexes cornéen et pharyngé sont abolis. Elle a de l'ovaralgie à droite.

A la fin du mois d'avril dernier, A. B... a eu une première crise d'asphyxie provoquée par une vive émotion. Elle avait déjà, par inadvertance, laissé tomber une pièce de vaisselle précieuse, ce qui lui avait valu une verte semonce. Le jour de sa crise, elle s'était rendue coupable d'une maladresse plus grande. Dans un état d'énervement très grand (elle était littéralement surmenée, sa maîtresse ayant du monde à déjeuner), elle brisa une grande coupe de cristal et plusieurs verres de prix. Là-dessus, elle perd la tête, pleure, quand tout à coup son attention est attirée vers ses mains qui sont devenues brusquement douloureuses, et sa frayeur est grande quand elle s'aperçoit qu'en même temps elles ont changé de couleur, elles sont devenues bleues. Quand nous avons vu A. B..., dit M. Delta, les deux dernières phalanges des doigts des deux mains étaient cyanosées. Elles étaient froides, insensibles. Les premières phalanges étaient pâles, insensibles à la piqûre, froides et douloureuses.

La crise dura trois quarts d'heure et ne se renouvela pas.

Enfin, nous signalons l'*observation* de M. le Pr Leloir (de Lille).

« J'ai eu pour cliente une dame atteinte de lupus érythémateux de la face, que je traitais par les scarifications. Les séances avaient lieu tous les huit jours. Chaque fois qu'elle entrait dans mon cabinet, la malade, nerveuse, éprouvait, disait-elle, comme une commotion violente de tout son être.

Presque aussitôt les doigts de ses deux mains devenaient blancs jusqu'à leur racine et présentaient des phénomènes de syncope locale des extrémités.

En dehors de ces accès de syncope locale dus à de véritables chocs moraux, la malade ne présentait jamais de crises de syncope locale, pas même lorsqu'elle exposait ses mains au froid par les plus fortes gelées.

L'ischémie de la peau des doigts durait environ un quart d'heure après les scarifications. »

Dans certains cas de la thèse de Raynaud, on peut deviner l'influence d'une *émotion transformée en idée fixe subconsciente*, mais l'analyse psychologique est en général insuffisante.

Dans l'*observation* V, il s'agit d'une jeune fille qui vit mourir son père phtisique, le veilla après sa mort et en ressentit une vive impression. Quelque temps après, les règles se suspendirent peu à peu. Un mois après cet événement, commença l'asphyxie.

On trouve, d'autre part, dans nombre d'observations signalées, la présence de l'*hystérie*. Le fait est même pour ainsi dire banal. Les auteurs, sans voir le rapport, ont noté la coïncidence. Les exemples que nous prendrons sont tirés de la thèse de Raynaud. Il est d'abord une *observation* (III de sa thèse) bien intéressante :

Il s'agit d'un jeune soldat qui n'avait pas uriné pendant trois jours. Après avoir consulté plusieurs médecins, il eut recours à un sorcier qui le guérit avec de la poudre de genêts brûlés prise dans du lait et des onctions de graisse.

A la suite d'une séance d'électricité, il fut pris d'une attaque hystérique : larmes, cris, désespoir sans perte de connaissance. Contracture des doigts non seulement du côté électrisé, mais encore de l'autre. Douleurs très violentes dans les bras. Rien aux jambes. L'accès dura une heure. Rien de particulier à la suite.

C'est là un exemple de maladie de Raynaud chez un hystérique avec anurie guérie par un sorcier. L'observation se rapproche par l'anurie de notre observation fondamentale.

D'ailleurs, Raynaud, frappé des phénomènes nerveux, avait fait une classe spéciale intitulée : Asphyxie locale et gangrène superficielle avec prédominance de l'élément nerveux.

Nous détachons l'*observation* VIII, concernant une femme de vingt-deux ans, d'un tempérament nerveux, ayant eu des convulsions dans l'enfance. Depuis plusieurs mois la couleur violacée avait disparu, lorsque, à la mort de son mari, cette femme a eu de violentes convulsions suivies d'un délire nerveux. Les doigts ont repris momentanément leur teinte cyanosée qui, du reste, ne s'est pas maintenue depuis. Le délire a été guéri en trois jours. On note de l'analgésie sur la totalité du corps. Plus loin, il est signalé une aphonie complète, sans toux, sans douleurs au niveau du larynx, sans expectoration, sans trace d'inflammation de l'arrière-gorge. Ce phénomène lui arrive souvent presque tout à coup et dure quelques heures à quelques jours.

Cette malade fit plus tard de la contracture presque subite

des doigts qui sont fortement fléchis dans la paume de la main sans que la malade puisse les redresser volontairement ou en cherchant à les ouvrir avec l'autre main.

Plus tard encore, elle eut dans la journée quatre attaques pendant lesquelles les doigts devenaient bleus aux mains, glacés et insensibles au contact, engourdis. A la suite, il se produisit de l'analgésie des avant-bras et des mains.

A propos de cette observation, Raynaud dit : A mesure que la maladie se développe et s'enracine les accidents nerveux se généralisent, s'aggravent, aidés par les émotions morales dont l'influence n'est pas douteuse.

A l'*observation* IX c'est une femme de trente ans, souvent maltraitée pendant son enfance par ses parents, qui a différents symptômes de chlorohystérie. Depuis, à l'occasion d'émotions morales, elle a eu de véritables accès hystériques.

A l'occasion d'une vive frayeur ses règles se suspendirent subitement, et du même coup les extrémités devinrent douloureuses et d'un froid glacial. Elle eut une violente attaque de nerfs à la suite de la mort de son père. Elle présente, en outre, une anesthésie et analgésie complètes avec intégrité de la sensation de température.

Il nous paraît inutile de multiplier les exemples.

Sans aller jusqu'à l'interprétation, Raynaud avait été frappé du rapport de ces faits avec d'autres faits qu'on qualifierait maintenant d'hystérie masculine traumatique.

A la suite de l'*observation* II de sa thèse qui concerne une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte d'attaques de nerfs, avec perte de connaissance, sensation de brûlure, pleurs et rires involontaires, il signale un cas, dû à Lamotte, de paralysie traumatique, avec anesthésie et troubles vaso-moteurs chez un garçon de billard. Ces phénomènes qui reconnaissent ici une cause traumatique peuvent, dans certains accès, apparaître spontanément. Il cite un cas de Volfius où un état semblable apparut à la suite d'un violent accès de colère.

Comment interpréter ces faits?

Chez tous les sujets une émotion morale vive détermine des troubles vaso-moteurs, soit congestion ou pâleur d'une partie plus ou moins étendue de la peau, soit des troubles sécréteurs ou glandulaires.

Les phénomènes de Raynaud[1] existent chez tous à un degré atténué. Ce n'est que par leur exagération qu'ils deviennent pathologiques.

Les hystériques ont des émotions faciles et persistantes, premier point. Et du fait de l'hystérie, la grande exagératrice, les troubles vaso-moteurs deviennent chez eux plus intenses et plus durables.

Si, comme chez Garn...r, sous l'influence d'une idée fixe, les paroxysmes peuvent devenir subintrants, chez toute hystérique, une émotion peut provoquer des crises syncopales ou asphyxiques d'une façon accidentelle ou à des intervalles éloignés.

On voit donc que la maladie de Raynaud est fréquente au cours de l'hystérie, qu'elle naît sous l'influence des émotions. Bien plus, il est quelques observations de maladie de Raynaud hystérique.

(*A suivre.*)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Responsabilité des épileptiques; par Osborne. (Congrès médico-légal de Chicago, 1893, et *Medico-legal Journal*, 7 septembre 1892, v. XI, n° 2.)

L'auteur cite plusieurs exemples d'impulsions épileptiques à l'homicide; dans la dernière observation un gardien de bétail fut condamné même malgré l'avis contraire d'un médecin aliéniste entendu comme expert. L'auteur conclut à l'entière assimilation de l'épileptique à l'aliéné, au point de vue de l'irresponsabilité comme de l'internement; il attend de cette assimilation les meilleures conséquences au point de vue de la défense sociale, de l'équité, et de la diminution même des attentats, par l'internement précoce et le traitement des malheureux épileptiques qui en peuvent être les auteurs. A. Marie.

[1] Expression d'Hutchinson.

II. Crime et suggestion non hypnotique; par Wingate. (*Medico-legal Journal*, v. XI, n° 2.)

Conclusions. — 1° Beaucoup de gens touchent à la frontière de l'irresponsabilité ; 2° il leur suffit, pour les pousser à l'acte criminel, d'une cause déterminante variable ; 3° la publication sensationnelle des détails de certains crimes, comme la reproduction de certaines scènes peuvent être citées comme exemples ; 4° la suggestion criminelle imitative est parfois contagieuse pour toute une catégorie de déséquilibrés ; 5° cette suggestion criminelle doit être étudiée avec soin, et 6° des mesures doivent être prises pour surveiller ou supprimer certaines publications par exemples, ou toute autre cause analogue contribuant à répandre la suggestion maladive. Il y a là une question d'hygiène sociale aussi importante que celle de l'assainissement médical prophylactique des autres contages.

A. Marie.

III. Le suicide considéré comme crime; par G. Trimble Davidson. (*Medico-legal Journal*, XI, 2, septembre 1893.)

La législation récente de l'État de New-York assimile le suicide à un délit punissable d'amende ou d'emprisonnement. L'auteur démontre que c'est là une réaction pathologique d'un esprit déséquilibré ou douloureusement affecté par le découragement et la misère ; la confusion de tels individus avec les délinquants des prisons est une aberration et une cruauté qui ne peut qu'aggraver les désordres mentaux déjà existants. C'est aux mains des médecins que ces malheureux doivent être remis pour être traités et non punis.

IV. Reconnaissance légale de l'irresponsabilité des alcooliques; par Norman Kerr. (*Medico-legal Journal*, XI, n° 3.)

Trois observations recueillies par des tribunaux anglais. Dans un cas, une compagnie d'assurances se retranchait, pour ne pas payer la veuve de l'assuré, derrière l'alcoolisme de ce dernier, mort des suites de ses excès, ce que la compagnie considérait comme cause de déchéance; elle fut néanmoins condamnée à payer. Dans un deuxième cas un homme accusé d'excitation au meurtre ne fut condamné qu'à cinq jours de prison en considération de son état d'intoxication alcoolique pour lequel il était en instance de placement dans un établissement spécial pour intempérants.

Dans le troisième cas, un meurtrier fut acquitté par le jury; c'était un alcoolisé qui, en compagnie de sa femme, également ivre, avait essayé un suicide à deux, dans lequel sa femme seule avait succombé.

A. Marie.

V. L'Affaire Regina Sherrard. (*British Méd. Journ.*, 1894.)

Procès intenté par un commissaire inspecteur des aliénés à un médecin chez lequel une malade en traitement familial s'est suicidée par précipitation. Le médecin Dr Sherrard fut acquitté bien que n'ayant pas déclaré sa malade en traitement, à la commission de surveillance « une trop grande sévérité dans ce sens pouvant nuire au libre exercice de l'assistance familiale et les médecins devant rester seuls juges de l'opportunité de l'internement proprement dit comme de la déclaration de l'état d'aliénation pour la mise en surveillance du placement familial ».

On sait qu'en Grande-Bretagne à côté des placements familiaux surveillés et inspectés, il existe des placements autres qui sont aux premiers ce que sont chez nous aux asiles certains établissements d'hydrothérapie où l'on traite de vrais aliénés internés en évitant les prescription de la loi de 1838.

Si les colonies familiales anglaises offrent des garanties, il n'en est pas de même de ces placements non contrôlés, il ne semble pas toutefois que la législation soit sur le point de les régulariser.

A. Marie.

VI. Liberté, discernenent, responsabilité; par P... (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. IV, 1893.)

La liberté est un non-sens; ce mot indique seulement qu'il n'y a pas contrainte. Or, qui est libre? Qu'est-ce que cette contrainte? Ce sont choses très relatives. Le discernement s'est développé quand s'est développée la notion du droit qui a décidé que celui qui commet un acte défendu sera puni, d'où la responsabilité. Celle-ci est donc en rapport avec la connaissance du droit et avec les motifs de l'acte discerné ou non par l'individu. C'est de là que dérive la notion de la volonté, de la faute (*culpa*, *dolus*). Il ne peut y avoir faute que lorsque le discernement est plus ou moins complet. P. K.

VII. Rapport du comité de législation spéciale pour les ivrognes.

Un comité spécial a entrepris une campagne pour préparer l'opinion publique à une réforme législative spéciale réclamée aussi en plusieurs autres pays d'Europe.

Le rapport de juillet 1894 (28 juillet, *British Medical Journal*) constate comme un des résultats obtenus le Bill voté en première lecture par l'assemblée législative de Natal; il reconnaît au gouverneur et au conseil le pouvoir d'organiser un établissement spécial dans lequel le juge ou un magistrat résident pourront interner les personnes reconnues comme buveurs d'habitude sur déclarations de police, de parents ou amis, et cela pour un temps qui ne peut être moindre de six mois ni excéder deux années. A. M.

VIII. De la pluralité des types de criminels; par le D[r] van Deventer. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, sept. 1895.)

Les considérations développées dans ce travail peuvent se résumer de la façon suivante : au point de vue psychologique il y a lieu de préférer au terme *type criminel* une dénomination qui exprime la cause prochaine de l'état de criminalité. Cette cause prochaine est l'atténuation de la dignité personnelle. Celle-ci est en général subordonnée à une disposition psychique innée ou acquise ; la criminalité est le fait de circonstances intercurrentes, c'est-à-dire du milieu où se trouve le prédisposé.

Il existe quatre types de criminels pouvant être classés comme suit : 1° type bilieux instable ; 2° type phlegmatique stable ; 3° type sanguin, léger ; 4° type mélancolique, triste. Ces types de criminalité limitent d'un côté les divers tempéraments et de l'autre, les psychoses du sentiment. Le criminel-né ne se distingue pas toujours nettement du criminel d'occasion. Il existe une véritable incertitude au sujet du type auquel le criminel appartient à l'attention se borne exclusivement aux stigmates physiques.

De l'état psychopathique et du milieu où se meut l'individu dépendra la solution de la question de savoir si la société le gardera dans son sein ou le placera dans un établissement spécial. L'opportunité de la création d'asiles mixtes n'est pas encore formellement établie, mais il est nécessaire que tous les criminels où qu'ils soient enfermés soient soumis à une enquête ayant pour but de déterminer les différents types auxquels ils appartiennent.

G. D.

IX. Les incendiaires en Savoie au point de vue médico-légal (*étude sur la démence légale*) ; par le D[r] Dumaz. (*Annales médico-psychologiques*, 1894.)

En étudiant les incendiaires, l'auteur a rencontré deux catégories : 1° la première à irresponsabilité indiscutable, prédisposée par hérédité, la mentalité, suffisante et saine en apparence, s'altère et se pervertit, à un moment donné, en délire des conceptions, des sentiments, des actes ; 2° la seconde, à responsabilité discutable, est caractérisée par une mentalité prédisposée aussi par hérédité, mais dès la naissance insuffisante en jugement ou en sentiments, ou en volonté, pour pouvoir vivre de la vie commune sans transgresser le Code pénal. Saine en apparence, elle ne s'est pas altérée, elle a toujours été incomplète. Les premiers sont des malades ; les seconds des dégénérés héréditaires.

Pourquoi les dégénérés héréditaires ne seraient-ils pas comme les aliénés des déments aux yeux de la loi ? Si l'infirmité mentale du délinquant-né était considérée comme une démence légale, il

n'y aurait plus de récidiviste. Dès la première rechute, peut-être même dès la première faute, on le trouverait incorrigible ou incurable; il serait séquestré pour le reste de ses jours dans un asile particulier. La société serait mieux protégée. E. B.

X. SUR LES ÉTATS PSYCHIQUES DOUTEUX DEVANT LES TRIBUNAUX; par M. NAOUMOFF. (*Neurologintschesky Vestnik* (*Messager Neurologique*), t. II, fasc. n° 3.)

Il est très fréquent de voir comparaître devant les tribunaux des inculpés présentant un état mental douteux. Liemann, Kasper, Loran, Krafft-Ebing, Kandinsky ont publié des nombreux cas de ce genre. A son tour, M. Naoumoff rapporte une observation médico-légale concernant un nommé A..., inculpé d'injures et de voies de fait contre un commissaire de police de la ville de Viatka. Sa conduite bizarre, ses propos ont fait songer immédiatement à l'état anormal de ses facultés intellectuelles. Soumis à une expertise, il a été taxé de simulateur et condamné; mais au moment où le président s'apprêtait pour lui faire connaître le verdict, A... fut pris d'un violent accès d'excitation, jeta à la tête du président un flacon en verre et le blessa au front. Nouvelle poursuite judiciaire. Cette fois, M. Naoumoff chargé d'examiner A..., a prouvé facilement qu'il s'agissait d'un délirant persécuté mégalomaniaque compliqué d'une hémiplégie droite avec crises épileptiformes.

J. ROUBINOVITCH.

XI. MOUVEMENTS PROVOQUÉS SANS CONTACT. (*Medico-legal Journal*, XI, n° 2.)

A signaler, dans le même numéro, un extrait du Congrès des sciences psychiques de Chicago, relativement au mouvement provoqué aux objets sans le secours d'aucun contact; l'auteur de l'étude télépathique, M. Cones, repousse toute hypothèse d'automatisme inconscient, et défend ce qu'il appelle la théorie télékinetique.

A. MARIE.

XII. PERSONNALITÉ MULTIPLE ARTIFICIELLE; par H. HULST. (*Medico-legal Journal*, XI, n° 3, décembre 1892.)

L'auteur rapporte des expériences personnelles sur les états somnambuliques provoqués ou spontanés et le passage possible à des personnalités successives, variées, ainsi que sur la multiplicité des moyens servant à les provoquer; il montre les difficultés qui en résultent en médecine légale pour entraîner la conviction des juges et des jurés, sans compter les surprises possibles pour les experts eux-mêmes, sur un terrain aussi délicat. A. MARIE.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. Chirurgie de la moelle épinière et de ses annexes; par W. Thorburn. (*British Medical Journal*, 30 juin 1894.)

Charcot et ses élèves ont démontré que la cause la plus ordinaire de la paraplégie tient à la compression par foyer granuleux, caséeux ou non; cette compression s'accompagnerait de pachyméningite rritative non tuberculeuse. Le mode d'intervention opératoire dans ces cas n'est pas encore fixé. Est-ce la myélite consécutive à la compression ou la compression seule qui entraîne la paraplégie? Il est probable que les deux causes se succèdent dans le temps, la paraplégie suivant la compression suivie bientôt, elle-même d'ischémie spinale avec dégénération subséquente. D'autrefois il peut au contraire se produire un œdème par constriction ou compression vasculaire extramédullaire (Kahler, Schmaus).

Quoi qu'il en soit, que le foyer ou la cause d'irritation et de compression soient intra ou extra-rachidiens, il y a lieu à ce point de vue à un double diagnostic de siège, avant de procéder à une laminectomie. L'auteur signale les contre-indications (tuberculose généralisée, pyrexies, etc.) et traite le pronostic. 20 p. 100 de décès, telle est la moyenne obtenue jusqu'ici. Il donne un diagramme des causes principales à passer en revue.

Ce sont:

Causes extra-spinales.	Hydatides. Anévrismes. Sarcomes et tumeurs analogues.		
— vertébrales.	Carcinome. Sarcome. Ostéomes.	Des os.	Syphilis. Ostéo-arthrite. Spondylo-listhé-sis.
— méningées.	Tumeurs. Pachyméningite. Hémorragie.	Méningite. Spina bifida. Spina bifida occulta.	
— spinales.	Tumeurs. Syringomyélie.		

A. Marie.

II. Deux cas obscurs de céphalalgie postinfluenzique suivis de mort; par Mortimer Rowland. (*British Medical Journal*, 21 juillet 1894.)

Dans ces deux observations malheureusement non suivies d'au-

topsies, l'influenza était la seule cause visible des accidents cérébraux. D'après les symptômes cliniques on peut se demander si les malades succombèrent à une rupture vasculaire, à un abcès ou à un kyste des hémisphères.

L'hypothèse d'une rupture vasculaire intraventriculaire parait la plus probable. A. MARIE.

III. NÉCROSE MULTIPLE EN ILOTS, DES TÉGUMENTS ET PARTIES SOUS-JACENTES ; par Herbert-Smith RENSHAIR. (*British Medical Journal*, 9 juin 1894.)

La nécrose alla jusqu'à la momification symétrique de plusieurs phalanges des membres supérieurs et inférieurs. Guérison sous l'influence d'enveloppements ouatés aseptiques; ferrugineux et arsenicaux, avec toniques divers à l'intérieur. L'auteur passe en revue les diverses hypothèses étiologiques, névrites périphériques, embolies, artérites, etc. ; il croit à une auto-intoxication. A. MARIE.

IV. RETOUR DU RÉFLEXE PATELLAIRE DANS LE TABES APRÈS UNE ATTAQUE D'HÉMIPLÉGIE ; par H. JACKSON et J. TAYLOR. (*British Medical Journal*, 23 juin 1894.)

Observation à propos de laquelle les auteurs rappellent quelques cas analogues de publication récente et recherchent l'hypothèse de physiologie pathologique la plus logique. Ils pensent que la lésion circonscrite surajoutée dans l'hémisphère opposé supprime les actions inhibitoires descendantes dans le côté de la moelle lombaire, auquel correspond le réflexe reparu. A. MARIE.

V. PSAMMOME DU CORPS PITUITAIRE; par Walter.-L. WOOLLCOMBE. (*British Medical Journal*, 23 juin 1884.)

Observation clinique suivie d'autopsie avec examen histologique. La clinique confirme les données déjà exposées sur le sujet par le Dr Andriez (*British Medical Journal*, 24 février 1894) ; en particulier les symptômes types signalés par lui se sont trouvés particulièrement marqués, à savoir : l'état de dépression apathique, l'affaiblissement musculaire progressif et l'abaissement de la température. A. MARIE.

VI. CASTRATION et HYPERTROPHIE PROSTATIQUE ; par William WHITE. (*British Medical Journal*, 23 juin 1894.)

L'auteur rappelle que l'opération actuellement préconisée dans plusieurs pays étrangers a été essayée par lui sur le chien, avec l'aide de son assistant, Dr Kirby, en une série d'expériences dont il a donné connaissance, en juin 1893, à Buffalo, devant l'Association

américaine de Chirurgie, en août, dans les *Annales de Chirurgie*, et en septembre (9), dans le *British Medical Journal*. A. MARIE.

VII. TROUBLES CÉRÉBRAUX DANS LA CHLOROSE ET L'AMÉNORRHÉE ; par Burton JANNING et JOLLYE. (*British Medical Journal*, 23 juin 1894.)

Ce sont trois observations de céphalées rappelant celle qui accompagne la méningite de la base, avec contracture de la nuque et paralysie de la sixième paire dans un cas, ischémie papillaire et œdème rétinien à propos duquel les auteurs rappellent la névrite optique signalée par Gowers et Taylor, dans des cas analogues.

Ils inclinent à attribuer les accidents cérébraux douloureux à un œdème cérébral ou à une méningite partielle peut-être tuberculeuse. A. MARIE.

VIII. DE LA PACHYMÉNINGITE SPINALE; par le D[r] POLITAKIS. « Γαμινός » (n° 13, 1893.)

Le cas qui sert de base à cette étude peut se résumer ainsi qu'il suit : un homme robuste, âgé de quarante-cinq ans et sans antécédents quelconques, après une éruption de furoncles sur la nuque et le dos, est pris de douleurs atroces dans la partie supérieure du rachis, qui s'irradient vers les épaules, les lombes et la poitrine, en forme de ceinture.

Un mois, après les deux membres inférieurs et le membre supérieur droit se paralysent, et le malade est obligé de se confiner dans son lit. Après quelques semaines, les phénomènes paralytiques s'amendent un peu, mais le malade ne peut se lever de son lit. Les douleurs continuent. Quatre mois après le début de la maladie (lorsque M. Politakis voit pour la première fois le malade), celui-ci présentait une incurvation en arc de cercle de la partie supérieure de la portion dorsale de la colonne vertébrale, avec inclinaison de la tête en avant et en bas, les douleurs spontanées continuaient encore, mais la pression sur l'épine dorsale n'était pas douloureuse. Le membre supérieur droit était parésié, et ses muscles profondément atrophiés. Les masses musculaires des deux membres inférieurs étaient réduites à la moitié, et leurs mouvements diminués. Pas de contractures. Le réflexe patellaire normal peut être un peu augmenté. Les muscles du tronc étaient pris à leur tour. La tête et le bras gauche étaient libres. La sensibilité partout normale.

Après un traitement, qui a consisté surtout en applications réitérées de points de cautère le long du rachis, et qui fut complété plus tard par l'électrisation faradique, l'amélioration a fait de rapides progrès, les membres ont recouvré leur force et leur volume

et à présent, sept mois après le début de la maladie, le malade peut marchér assez librement sans soutien.

L'auteur, après avoir exclu le mal de Pott, à cause de la forme particulière de la déformation, l'absence de la douleur à la percussion de l'épine dorsale et la forme de la paralysie, se croit autorisé à considérer son cas comme une pachyméningite spinale à localisation dorso-lombaire.

Il ne put trouver dans la littérature que très peu de cas de cette localisation de la maladie et à symptomatologie très obscure et indéterminée. Et, se basant sur son cas et sur quelques cas analogues publiés récemment par Bechterew, il émet l'idée qu'à côté de la forme classique de la pachyméningite cervicale hyperlrophique, il faut donner place à une nouvelle forme, qui se caractériserait anatomiquement par une inflammation des couches externes de la dure-mère de la portion dorso-lombaire de la moelle épinière, qui amènerait des adhérences solides avec les vertèbres et leurs ligaments et comprimerait les racines des nerfs spinaux et surtout les antérieures, sans intéresser sérieusement la moelle elle-même. Cette inflammation aurait peut-être moins de tendance à l'hypertrophie que dans la forme classique et aboutirait plutôt à la rétraction et l'atrophie des tissus néoformés, et cliniquement par des douleurs spontanées le long du rachis, qui ouvrent la scène, une incurvation en arc de cercle de la partie supérieure de l'épine dorsale et une paralysie flaccide avec amyotrophie d'un ou plusieurs membres, avec peu ou pas d'altérations de la sensibilité. Les phénomènes paralytiques dans cette forme de la maladie seraient dus à la lésion des racines spinales.

Quant à l'étiologie, M. Politakis ne peut incriminer dans son cas que l'influence du froid et un abus modéré du vin. Pour la furonculose, il ne sait s'il faut la considérer comme cause ou comme effet de la maladie.

IX. Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique; par Villard. (*Nouv. Montpellier médical*, 30 juin et 7 juillet 1894.)

Dans le cas observé par Villard, les lésions de l'ostéo-arthropathie étaient cantonnées au niveau des extrémités des doigts et des orteils, et limitées nettement aux phalangettes. Après une longue discussion pathogénique, l'auteur se rallie à la conception de Marie, qui rapproche l'ostéo-arthropathie de ces pseudo-rhumatismes d'origine infectieuse ou toxique que Bouchard nous a appris à connaître. Ducamp.

X. Kyste de la pie-mère, d'origine artério-scléreuse; par C. Ménard. (*Nouveau Montpellier médical*, 14 et 21 juillet 1894.)

Il s'agit d'une tumeur kystique ayant débuté dans la partie de

la pie-mère qui tapisse le mésocéphale et tout près du sommet du rocher gauche (céphalalgie marquée à la nuque); par son augmentation cette tumeur comprima successivement le trijumeau (névralgies), le mésocéphale (vertiges), le nerf acoustique (entraînement à gauche, bourdonnements), le facial (paralysie), comprima encore davantage le mésocéphale (hémianesthésie), le nerf pathétique (diplopie), le cervelet (incoordination). L'autopsie montra un kyste séreux à parois formées de tissu aréolaire; ce kyste serait produit par fonte de tissu, attribuée à l'artério-sclérose.

Ducamp.

XI. Etiologie infectieuse de l'hystérie, par le professeur Grasset; leçons cliniques recueillies et publiées par le Dr Galavielle. (*Nouv. Montpellier médical*, 26 mai et 2 juin 1894.)

Le professeur Grasset rapportant plusieurs observations d'hystérie consécutive à des maladies infectieuses, formule une conception synthétique de l'étiologie infectieuse de l'hystérie. « L'hystérie est une manifestation directe de l'infection qui peut se manifester sur le système nerveux, soit par une maladie organique, soit par des névroses. »

La démonstration est acquise pour les maladies organiques du système nerveux, quant à l'hystérie elle ne saurait faire exception, et M. Grasset montre bien que la névrose est souvent la conséquence directe d'une infection, de l'action sur les centres nerveux du microbe ou de ses toxines, et cela sans qu'on soit obligé de passer par l'intermédiaire d'un phénomène psychique, d'une idée suggestive. Cette conception ne détruit en rien l'unité de l'hystérie, car l'origine infectieuse même multiple ne supprime pas certains facteurs étiologiques de la grande névrose, telle que l'hérédité et spécialement l'hérédité névropathique. En maintenant l'unité clinique de l'hystérie, on peut bien admettre des types cliniques divers. « Il est impossible de nier que l'hystérie traumatique est un type tout à fait à part, notamment par sa ténacité et surtout par la fixité de ses manifestations. De même les hystéries toxiques et infectieuses ont un type spécial. Et ici, pour expliquer ces types variés, se présente, ce me semble une théorie tout hypothétique mais qui ne paraît pas défendable. Ce qui caractérise les hystéries toxiques et infectieuses, c'est qu'elles présentent quelquefois dans leur histoire certains traits de l'empoisonnement et de l'infection ordinaires.

Dans l'hystérie saturnine, les extenseurs sont paralysés; dans l'hystérie hydrargyrique on tremble: dans l'hystérie syphilitique, on a de la céphalée; dans l'hystérie paludéenne, il y a de l'intermittence, et chez mon hystérique par morsure de chien enragé, il y avait tous les symptômes de la rage, même du satyriasis. Au lieu d'admettre une idée d'irritation dont l'existence ne peut être éta-

blie, au moins dans beaucoup de cas, pourquoi ne pas admettre que le poison ou l'infection se localisent dans ces cas sur le système nerveux, avec leurs habitudes spéciales et y déterminent un trouble qui reste seulement dynamique ou fonctionnel, tout au plus circulatoire, tandis que dans les cas plus sérieux, on arrive à l'inflammation.

L'hystérie est une névrose du système nerveux tout entier, suivant les cas, la localisation se fait plutôt sur telle région ou sur telle autre ; et c'est cette localisation anatomique principale qui en fait la caractéristique symptomatique. » L'hystérie peut donc avoir des rapports avec les infections aiguës et les infections chroniques et, parmi ces dernières, avec la tuberculose. Quant aux infections capables de produire l'hystérie, elles sont extrêmement variées: infections extérieures et antérieures, auto-infections, particulièrement d'origine gastro-intestinale, et l'hystérie consécutive à la colique hépatique et considérée comme hystéro-traumatisme interne, est peut-être le fait d'une infection biliaire ou gastro-intestinale.

« La démonstration me paraît suffisante pour établir que l'étiologie infectieuse de l'hystérie existe comme pour les autres maladies nerveuses et qu'elle existe sans nécessiter une idée d'auto-suggestion et pour montrer le rôle pathogénique des maladies générales dans la production de ce qu'on appelle les maladies du système nerveux. » DUCAMP.

XII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TABES SYPHILITIQUE; par M. FÉDOROFF. (*Neurologintschesky Vestnik*) (*Messager Neurologique*, t. II, fasc. nº 3.)

D'après l'auteur, la syphilis peut être considérée comme un des principaux facteurs étiologiques du tabes dorsalis. L'hérédité ne serait pas indispensable; elle ne peut qu'aider au développement de l'affection.

Les autres facteurs tels que le refroidissement, l'onanisme, le surmenage physique, les différents excès ne jouent le rôle que de simples causes occasionnelles. La syphilis cérébrale peut déterminer dans l'organisme des modifications qui entraînent la formation du tabes. Ces modifications consistent tantôt dans une dégénérescence de la moelle épinière sous l'influence du virus syphilitique, tantôt dans la formation d'un gliome déterminant une dégénérescence des cordons postérieurs. Toutes ces altérations auraient pour source les lésions syphilitiques des vaisseaux cérébraux et les troubles trophiques encéphaliques qui en résultent. Le tabes syphilitique se caractérise, à côté des symptômes ordinaires, par la présence des paralysies oculaires (3e et 6e paires), de l'amblyopie, du sarcocèle, des cicatrices spécifiques sur pénis, etc.

Le traitement spécifique ne doit pas être considéré comme le moyen unique à employer contre le tabes syphilitique; on utiliserait, d'après M. Fēdoroff, avec un succès bien plus grand, la suspension, le massage et les bains électriques.

J. ROUBINOVITCH.

XIII. A. N. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TREMBLEMENTS; DESCRIPTION ET USAGE D'UN NOUVEL APPAREIL DESTINÉ A LEUR INSCRIPTION; par Eugène MAGNOL. (*Thèse de Montpellier*, 1894, n° 35.)

L'appareil imaginé par Magnol permet d'inscrire les tremblements non seulement avec leurs caractères variés de rythme et d'amplitude, mais encore, ce qui est nouveau, avec le sens dans lequel ils se produisent et cela soit au repos, soit pendant les mouvements volontaires du sujet. Le principe de ce nouvel appareil est le même que celui du tambour à réactions verticales, de Marey; l'appareil a le très grand avantage d'être applicable à tous les cas de tremblements légers ou forts, puisque sa sensibilité peut être modifiée. Grâce à ce dispositif, l'auteur a pu faire une étude nouvelle d'un certain nombre de tremblements et établir les conclusions suivantes :

La chorée et l'intoxication tabagique doivent être séparées des tremblements, ce sont des mouvements incoordonnés asymétriques. Ces mouvements sont brusques dans le tabagisme, mous et entremêlés de grandes oscillations dans la chorée.

L'hystérie et l'alcoolisme se rapprochent par la composition de leur courbe à éléments composés (l'élément du tremblement est la figure présentée par une des oscillations dont la réunion constitue le tremblement). Elles se distinguent l'une de l'autre par le tremblement individuel des doigts qui n'existe que chez l'alcoolique.

La paralysie agitante et la sclérose en plaques tremblent par rotation autour du bras du sujet. Elles se distinguent de l'hystérie et de l'alcoolisme en ce que l'élément du tracé est simple. Dans ces deux dernières maladies, le tremblement est continuel, mais subit des exagérations au repos par la paralysie agitante, au mouvement par la sclérose en plaques. Ce travail contient de nombreuses planches représentant l'appareil inscripteur et les tracés obtenus.

DUCAMP.

XIV. ASSOCIATION D'UNE MALADIE DE LA MOELLE AVEC L'ANÉMIE PERNICIEUSE; par BOWMANN. (*Brain*, part. II, 1894, p. 198.)

On ne connaît guère que dix cas de lésion de la moelle dans l'anémie pernicieuse. Le premier a été signalé par Lichtein en 1887. Dans ce cas nouveau il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans. Le début eut lieu par des troubles sensitifs subjectifs, des picote-

ments, puis survint une faiblesse musculaire progressive. Tous les symptômes allèrent rapidement en s'aggravant et elle mourut dans l'espace de deux ans. L'aspect clinique était celui d'une sclérose combinée. Les lésions médullaires étaient également celles de l'ataxie paralytique, du tabes combiné. (Une planche est jointe à l'observation.) Reste à savoir si c'est le tabes qui a entraîné l'anémie ou si celle-ci était primitive. C'est à cette dernière opinion que se rattache l'auteur dans ce cas. P. S.

XV. Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow; par J. Putnam. (*Brain*, part. II, p. 214.)

Sorte de revue critique de ces deux points spéciaux.

XVI. Sur le goitre exophtalmique; par Maude. (*Brain*, part. II, 1894, p. 246.)

Revue analytique d'après les leçons du professeur Joffroy.

XVII. Névrite périphérique dans le goitre exophtalmique; par A. Maude. (*Brain*, part. II, 1894, p. 229.)

Se basant sur un certain nombre de symptômes relevés dans les observations de goitre exophtalmique, l'auteur pense que la névrite périphérique est un épiphénomène fréquent dans cette maladie. P. S.

XVIII. Hémianopsie homonyme gauche; par J. Turner. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 562.)

A l'autopsie, hémisphère droit : lésion très petite de la frontale ascendante en haut; lésion plus importante de la partie supérieure de la pariétale ascendante et de la partie adjacente du lobe pariétal supérieur; lésion de la seconde circonvolution occipitale, consistant dans un petit kyste situé à la limite de la substance grise et de la substance blanche. Le cunéus et le gyrus angulaire n'étaient pas pris. P. S.

XIX. Un cas d'hystérie chez un enfant, caractérisé par des attaques régulières de léthargie, traitement par l'hypnotisme; par Th. Doller. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 556.)

Blessures de la tête; quelques semaines après attaque de mutisme, précédée de vertiges pendant plusieurs jours; retour régulier de ces attaques tous les mois, avec apathie complète; durée de huit jours. — Traitement par la suggestion hypnotique. — Amélioration. P. S.

XX. CENT CAS D'ÉPILEPSIE; ÉTAT DE LA RÉFRACTION ET TRAITEMENT PAR DES VERRES; par WORK-DOOD. (*Brain*, part. IV, 1893, p. 534.)

Sur ces 100 épileptiques avérés, 25 n'avaient pas besoin de verres; 75 durent en porter. Sur ce nombre, 52 seulement purent être suivis, 13 d'entre ces derniers n'eurent plus d'accès pendant des périodes variant de quatre mois à un an; 3 restèrent dans le *statu quo* ; 36 s'améliorèrent par l'usage des verres. P. S.

XXI. HÉMATOME DE LA DURE-MÈRE ASSOCIÉ AU SCORBUT CHEZ DES ENFANTS; par SUTHERLAND. (*Brain*, part. I, 1894, p. 27.)

1er cas : Fille de deux ans; anémie, fracture de l'humérus et du fémur, épanchement sous-périosté, extravasations sanguines, mort. A l'autopsie, hémorrhagie cérébrale et méningée. — 2e cas: fille de quatorze mois, rachitisme, œdème des paupières, anémie, cachexie, hémorrhagies de la peau, de la conjonctive; ulcérations générales; œdème des extrémités; attaques syncopales, mort; hématome de la dure-mère. P. S.

XXII. THROMBOSE DE L'ARTÈRE CÉRÉBELLEUSE INFÉRIEURE; par MENZIES. (*Brain*, part. III, 1893, p. 436.)

Paralytique général de vingt-sept ans. Pris tout à coup de violente céphalalgie, avec anorexie, irritation gastrique, vomissements. Puis inconscience; incapacité de parler; parésie du côté gauche; coma; mort. A l'autopsie, lésions vulgaires de paralysie générale. Sclérose de l'artère cérébelleuse inférieure gauche avec oblitération complète en un point. P. S.

XXIII. POLYURIE (DIABÈTE INSIPIDE) DANS LES AFFECTIONS DE LA BASE DU CERVEAU; par Henry HANDFORD. (*Brain*, part. III, 1893, p. 440.)

Deux cas de syphilis cérébrale, dont l'un accompagné d'accès épileptiformes, dans lesquels se montra la polyurie qui disparut sous l'influence du traitement. P. S.

XXIV. SYPHILIS DE LA MOELLE; par SACHS. (*Brain*, part. III, 1893, p. 405.)

L'auteur pense qu'on peut arriver au diagnostic de syphilis de la moelle en dehors de l'aveu même du malade, par certains signes caractéristiques, comme Erb a cherché déjà à établir un type de paralysie spinale syphilitique. Il rapporte quatre cas de syphilis médullaire à l'appui de ses vues. Le fait le plus caractéristique est la distribution anormale de la maladie sur la plus grande

partie de la moelle, comprenant à la fois, comme cela arrive souvent, les portions cervicale, dorsale et lombaire. Ensuite vient l'intensité rélativement faible du processus morbide en comparaison de la grande étendue de la zone prise, faible intensité mise en évidence par la préservation de quelques-unes des fonctions de la moelle avec perte complète des autres. Diminution rapide de certains symptômes et persistance et chronicité des autres. Dans certains cas, par exemple, l'anesthésie ne durait que très peu de temps, tandis que la paralysie ne disparaissait qu'avec une extrême lenteur; enfin, l'existence antérieure d'autres symptômes indiquant une affection spécifique sur les mêmes points ou dans d'autres du système nerveux central. Tels sont les caractères principaux qui permettent d'affirmer que l'affection médullaire en présence de laquelle on se trouve est syphilitique. P. S.

XXV. Névrite diabétique avec une description clinique et anatomo-pathologique de trois cas de pseudo-tabes diabétique; par Davies Pryce. (*Brain*, part. III, 1893, p. 416.)

Trois cas de pseudo-tabes suivis de mort, le premier avec mal perforant et coma, les deux autres avec gangrène. Cliniquement les principaux points à noter ont été : leur chronicité, la présence d'une ataxie nette, l'absence de toute espèce de paralysie, l'âge des malades qui dépassaient la moyenne de la vie, la prédominance des symptômes sensitifs, vaso-moteurs et trophiques et l'association des symptômes nerveux avec des altérations très marquées des artères. Il y avait dégénération parenchymateuse des nerfs biliaux, et les vaisseaux étaient très athéromateux. Mais l'auteur n'ose pas se prononcer sur le rapport de causalité entre les lésions nerveuses et artérielles. Deux planches histologiques accompagnent ce travail. P. S.

XXVI. Un cas de tumeurs hydatiques intra-craniennes avec hémiplégie et atrophie des membres paralysés; par Mitcahll-Clarke. (*Brain*, part. III, 1893, p. 425.)

A l'autopsie, kyste hydatique volumineux de la partie postérieure de l'hémisphère cérébral gauche; un autre kyste siégeait en arrière de l'orbite gauche et avait détruit le nerf optique gauche et les nerfs moteurs de l'œil. Il y avait des kystes dans le foie et le rein. Dégénération du faisceau pyramidal gauche; diminution de nombre des cellules des cornes antérieures. Aussi existait-il de l'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence et flaccidité des membres paralysés. Il y avait enfin perte du pouvoir de localisation des sensations dans le bras et la jambe gauches. P. S.

XXVII. Paralysie diphtérique; allochirie; par William Gay. (*Brain*, part. III, 1893, p. 431.)

Parésie des quatre membres. Diplopie. Signe de Romberg; ataxie des quatre membres; absence de réflexes, réflexes pupillaires abolis; ouïe normale; goût; toucher normaux. Mais toutes les sensations venues d'un côté du corps étaient rapportées au côté opposé; pas de paresthésie; perception normale du chaud et du froid; sens musculaire complètement disparu. P. S.

XXVIII. Un cas de maladie de Friedreich non héréditaire; par Ch.-E. Nammack M. D. (*Medical Record*, 11 août 1894.)

Observation bien nette de maladie de Friedreich chez une petite fille de quatorze ans; sa famille est remarquablement indemne de toute tare nerveuse; ses cinq frères ou sœurs de même. Sur les 23 cas de maladie de Friedreich signalés par l'*Index medicus* de 1893, on en trouve 3 de non héréditaires. Destrée, Senator, Mc. Caw, Chauffard, Mackenzie en publient chacun un. J.-B. C.

XXIX. Œdème cérébral; par Georges-J. Preston M. D. (*Journ. of nervous and mental disease*, août 1894.)

L'œdème du cerveau suit les lois de l'œdème en général avec ce fait toutefois que forcément il doit être modifié par les dispositions anatomiques des espaces lymphatiques du cerveau et de ses enveloppes. Le serum transsudé peut occasionner une compression mécanique du cerveau et être également le point de départ d'accidents toxiques. L'œdème cérébral serait un accident bien plus fréquent et plus grave si ce n'était pour la communication libre et facile qui existe entre les divers espaces lymphatiques, ainsi que le prouvent les symptômes résultant de l'isolement de ces cavités lors d'adhésions inflammatoires.

XXX. La polyurie hystérique, par le Dr A. Mathieu. (*Revue neurologique*, 1893.)

La polyurie des hystériques est loin d'être une rareté. Si on en a si longtemps méconnu la fréquence relative, c'est que presque toujours les polyuriques hystériques sont des hommes et que le diabète insipide est rare chez les hystériques femmes.

Le tableau clinique de la polyurie hystérique est d'une grande simplicité. Les malades se plaignent d'uriner beaucoup, d'être tourmentés par une soif plus ou moins vive et de se trouver affaiblis, déprimés aussi bien au physique qu'au moral.

On peut admettre deux types de polyurique hystérique, d'après

l'abondance de l'urine et l'intensité des accidents : le petit polyurique, qui urine 5 à 6 litres en moyenne; le grand polyurique, qui en rend par jour 20 à 30 litres.

De plus, l'urée peut être en quantité normale ou exagérée dans l'urine; de là deux types secondaires : le type azoturique et le type non azoturique ou hydrémiqne.

Trois ordres de raisons peuvent surtout amener à considérer une polyurie simple comme étant subordonnée à l'hystérie :

1° Sa coïncidence avec des accidents hystériques;

2° Son mode de début. Il n'est pas rare, en effet, que la polyurie survienne brusquement à la suite d'une vive émotion, de grands chagrins, d'un choc violent, et en particulier d'un choc sur la tête;

3° M. Babinski a fait ressortir l'influence possible de la suggestion sur la polyurie hystérique. La suggestion, faite pendant le sommeil hypnotique, ou à l'état de veille, ou encore par voie d'illusion médicamenteuse, a permis de démontrer que la polyurie simple de nature psychique pouvait se montrer indépendamment de tout stigmate hystérique, et qu'elle peut être, comme le prétend M. Debove, la seule manifestation névropathique.

La tendance actuelle est de considérer l'hystérie comme le résultat d'une pertubation cérébro-psychique, comme la conséquence d'une viciation de la perception et de la volition; et il est fort intéressant, au point de vue théorique, d'avoir montré que la polyurie simple pouvait céder à la suggestion, ou se reproduire sous son influence.

Au point de vue pratique, cela n'a pas moins d'intérêt; cela montre le parti que l'on peut tirer de la persuasion dans la thérapeutique. E. B.

XXXI. Contribution a l'histoire des hydarthroses intermittentes par le Dr Féré. (*Revue neurologique*, 1893.)

L'histoire de l'hydarthrose intermittente, malgré un certain nombre de publications en France et en Allemagne, est encore loin d'être complète.

L'opinion qui fait de l'hydarthrose intermittente une névrose articulaire peut déjà s'appuyer sur un certain nombre de faits dans lesquels on a noté la coïncidence de troubles hystériformes, d'angine de poitrine, de goitre exophthalmique.

Les observations rapportées par l'auteur viennent à l'appui de l'influence nerveuse. Dans la première, une hydarthrose intermittente du genou gauche a été observée chez une hystérique morphinomane, au cours du traitement de la morphinomanie. Dans la seconde, il s'agit d'hydarthrose intermittente des genoux survenue chez une hystérique à la suite d'une émotion.

La dernière observation a trait à une hydarthrose intermittente de l'articulation temporo-maxillaire gauche et à une hydarthrose intermittente, puis permanente des deux genoux, chez une épileptique : cette observation montre que s'il est des hydarthroses intermittentes névropathiques qui guérissent, il en est d'autres qui s'établissent à l'état permanent. E. B.

XXXII. Sur un cas de syndrome de Weber; par M. Lacour. (*Revue neurologique*, 1893.)

La malade dont M. Lacour relate l'intéressante observation présentait très nettement le syndrome de Weber, c'est-à-dire une paralysie alterne de l'oculo-moteur commun d'un côté (côté de la lésion), et des membres, du facial et de l'hypoglosse de l'autre (côté opposé à la la lésion).

Etant données d'une part l'absence de troubles sensitifs et l'hémiplégie plus prononcée à la face qu'aux membres, et d'autre part l'électivité des processus syphilitiques pour les méninges de la base, et la marche de la maladie, le diagnostic porté fut : plaque de méningite scléro-gommeuse siégeant à la partie interne du pied du pédoncule gauche et de l'origine du tronc du moteur oculaire commun gauche.

Le diagnostic se trouva confirmé par l'influence du traitement spécifique, qui amena la guérison.

Cette observation montre que dans certains cas le syndrome de Weber peut ne pas comporter un pronostic aussi sombre qu'à l'ordinaire : c'est quand on se trouve en présence d'une plaque de méningite syphilitique de l'espace interpédonculaire. E. B.

XXXIII. Contribution a la pathogenèse de la chorée molle, par le D[r] Massalongo. (*Revue neurologique*, 1893.)

Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, de constitution très délicate, portant au cou de nombreuses cicatrices d'adénite tuberculeuse suppurée et ayant présenté une chorée paralytique limitée à l'un des bras.

L'amélioration de la motilité rendit les mouvements choréiques plus manifestes et plus fréquents.

Au point de vue étiologique, l'auteur pense que dans les nombreux foyers de tuberculose ganglionnaire se sont formés des poisons, des toxines qui ont été emportés par le torrent de la circulation et ont pu altérer les éléments nerveux corticaux dans leur constitution, leur nutrition, leurs rapports, en limitant leur action au centre moteur du bras gauche. La chorée ordinaire doit toujours avoir pour base une altération matérielle, nutritive, biochimique des cellules motrices des circonvolutions, des noyaux gris ou des

colonnes antérieures de la moelle, altération qui, suivant son degré, donne la chorée tremblante ou la chorée paralytique. E. B.

XXXIV. Sur un cas d'athétose double; par les Drs Brissaud et Hallion. (*Revue neurologique*, août 1893.)

Il s'agit d'un cas typique d'athétose double qui présente quelques particularités intéressantes : tout d'abord une scoliose légère, puis une déformation circonscrite d'une des côtes, que n'explique aucune cause locale.

L'influence de l'attention sur les troubles athétosiques est des plus manifestes : dans les mouvements volontaires, les mouvements athétosiques sont exagérés, mais en même temps ils disparaissent dans les membres inactifs, sur lesquels l'attention ne se porte plus. E. B.

XXXV. Maladie de Morvan, syringomyélie et lèpre; par le Dr A. Gombault. (*Revue neurologique*, 1893.)

On sait que, pour M. Zambaco, tous les malades atteints de maladie de Morvan sont des lépreux. Du reste, les revendications de M. Zambaco ne s'arrêtent pas à la maladie de Morvan et il réclame aussi, comme relevant de la lèpre, la sclérodermie, la sclérodactylie et la maladie de Raynaud.

Pour M Zambaco, toutes ces maladies, qu'on s'efforçait jusqu'ici de distinguer les unes des autres en invoquant des caractères cliniques et anatomiques qui sont loin d'être négligeables, doivent se fondre dans une grande entité morbide étiologiquement bien définie, la lèpre et ses formes atténuées, entité qui dans son ensemble prendrait le nom de léprose.

Cette large synthèse est assurément séduisante mais on doit se demander s'il convient de l'accepter dès aujourd'hui et dans toute sa rigueur à titre de vérité démontrée ou si, au contraire, il n'est pas plus prudent et en même temps plus scientifique de la considérer, provisoirement, comme une hypothèse dont la vérification n'est pas encore absolument, ni surtout complètement faite.

Pour achever l'œuvre de M. Zambaco, un nouveau travail s'impose, c'est d'examiner séparément et à l'aide de faits nouveaux, chacune des variétés morbides mises en cause et de rechercher à propos de chacune d'elles ce que l'anatomie et la bactériologie peuvent fournir de favorable ou de contraire à la doctrine nouvelle.

C'est dans cet esprit que M. Marestang a étudié les rapports de la lèpre avec la maladie de Morvan. Or, on voit que, même si on se place au seul point de vue clinique, l'identité n'est pas parfaite entre la maladie de Morvan et la lèpre. L'anatomie pathologique

ne fournit pas plus les éléments de certitude que refuse la clinique : le bacille de Hansen n'a pu être démontré dans aucune des maladies de Morvan, avec autopsie, étudiés par l'auteur, pas plus qu'on n'a relevé dans les nerfs périphériques les particularités anatomiques caractéristiques de la lèpre.

Quant à la moelle, elle n'a encore été examinée que deux foi, dans la maladie de Morvan prise en Bretagne, et, dans les deux cas, cet organe était manifestement altéré, ce qui ne se présente guère dans la lèpre. Et même dans l'un des deux cas, la lésion était manifestement une syringomyélie, affection que l'on tend de plus en plus à considérer comme le substratum anatomique habituel, sinon absolument constant de la maladie de Morvan, alors qu'elle est presque inconnue dans la lèpre.

En conséquence, soit qu'on envisage les lésions des nerfs périphériques, soit qu'on envisage l'état de la moelle épinière, les faits jusqu'ici connus sont loin de prêter appui à l'opinion de M. Zambaco.

Ce qui ne veut pas dire que la lèpre ne puisse se traduire par des symptômes analogues ou identiques à la maladie de Morvan, à la sclérodermie, à la maladie de Raynaud; il s'agit de savoir si la similitude clinique doit, dès aujourd'hui, entraîner la notion d'identité de nature. Comme il s'agit d'une maladie parasitaire dont le parasite peut être assez facilement démontré, comme les lésions que la lèpre provoque ont souvent des caractères anatomiques très spéciaux, il semble qu'on ne devra se prononcer que lorsque l'anatomie et la bactériologie auront, à leur tour, fourni leurs preuves, et jusqu'ici elles ne sont pas favorables. E. B.

XXXVI. Mal de Pott cervical. Leptomyélite chronique. Poussée de méningomyélite aiguë limitée a la partie inférieure du renflement cervical. Hématomyélie; par le professeur Raymond. (*Revue neurologique*, 1893.)

Les faits recueilis depuis longtemps par l'auteur lui ont permis de diviser les myélites de la tuberculose en deux catégories distinctes : 1° les myélites chroniques; 2° les myélites aiguës dont on peut distinguer deux formes : *a*, la forme nodulaire ; *b*, la forme infiltrée ou diffuse.

L'observation rapportée tout au long dans le présent mèmoire appartient à la première catégorie par son début, et à la seconde par sa terminaison.

La malade, tuberculeuse par les poumons, présentait un mal de Pott cervical accompagné de lésions chroniques des méninges et de la moelle indépendamment de toute compression; une poussée de méningomyélite assez aiguë et localisée a été la cause d'une complication exceptionnelle, d'une hématomyélie. Au point de vue

clinique, il ne manquait aucun des symptômes de l'hématomyélie : début brusque des accidents, paralysie, puis atrophie, exagération des réflexes dans les membres inférieurs, douleurs vives au point malade et douleurs irradiées dans les membres, plus tard eschare.

Ces symptômes, caractéristiques en toute autre circonstance, devaient fatalement induire en erreur dans le cas particulier et faire songer à une compression; aussi la malade subit-elle une opération qui n'empêcha pas la terminaison fatale, peu de temps après.

L'examen histologique a montré que la malade était atteinte d'une leptomyélite chronique diffuse légère, dont les lésions concomitantes permettaient seules d'établir la nature tuberculeuse. La dure-mère et l'arachnoïde, au contraire, contenaient des éléments spécifiques. La mort a été amenée par une poussée de méningomyélite aiguë et récente qui, à la faveur des lésions vasculaires, a déterminé une hématomyélie; et les accidents médullaires graves datent de cette complication. E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 novembre 1894. — Présidence de M. A. Voisin.

Coexistence d'hallucinations psycho-motrices et d'hallucinations sensorielles. Dialogue entre les voix intérieures et extérieures.

M. Paul Garnier, communique à la Société une observation rédigée en commun avec M. Le Filliâtre. Il s'agit d'un dégénéré héréditaire atteint d'idées de persécution avec hallucinations verbales, auditives et psycho-motrices, avec cette particularités intéressante que les voix extérieures se donnaient la réplique. C'est bien là, dit M. Garnier, un fait de *doubles voix*, les unes extérieures, les autres intérieures; c'est un exemple de coexistence d'hallucinations verbales auditives et psycho-motrices.

Le malade est halluciné *intus* et *extra* si l'on peut ainsi dire. Il extériorise et intériorise des phénomènes dus à l'excitation pathologiqne des centres qui président à la formation, ici, des

images verbales auditives; là, des images verbales d'articulation.

Les deux centres ainsi hyperexcités correspondent entre eux par un dialogue singulier qui est comme la projection saisissante de deux séries d'images verbales, sensorielles et motrices. X... *entendait* qu'on lui parlait du dehors et il se *sentait* parler et répondre *du dedans*.

L'hallucination dite interne, « la voix intérieure », que Baillarger a le premier distinguée de l'hallucination auditive en la qualifiant d'hallucination psychique, a été attribuée avec raison, par Ed. Fournier et par M. Max Simon, à une hallucination, à une impulsion de la formation du langage. Depuis, M. Séglas reprenant la question et procédant rigoureusement et systématiquement à son étude, à la lumière des plus récentes données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie cérébrales, a su donner au phénomène toute l'inportance qu'il mérite et à dater de ce moment quelques autres observations ont été publiées.

Nous avons pensé qu'il n'était pas dénué d'intérêt d'y adjoindre le cas actuel. Le dialogue des voix intérieures et extérieures, différenciées par le malade lui-même, nous a paru tout spécialement démonstratif, car il met bien en évidence la nature et la qualité des deux ordres de phénomènes hallucinatioires.

M. Séglas a eu l'occasion d'observer des faits analogues dont il cite quelques exemples entièrement comparables.

M. Vallon donne lecture de deux observations d'alcooliques ayant présenté, au milieu d'un délire religieux, des hallucinations, psycho-motrices éphémères. L'un des deux malades s'imaginait avoir dans le ventre deux personnages : à droite, la Sainte Vierge et à gauche Dieu le Père. La Sainte Vierge répétait sans cesse : « Ne fais rien, ne dis rien. » L'autre voix répondait : « Si, je le dirai, cocu par un curé! » Les voix étaient très nettes et le malade les entendait dans son ventre comme s'il eût été ventriloque. Ce sont ses propres expressions. Les hallucinations ne durèrent guère qu'une seule journée.

L'autre aliéné *sentait* et entendait sortir par la bouche et par le nez des voix dont la netteté était telle qu'il croyait, par instants, avoir proféré des injures. Les voix suivaient sa respiration qui lui paraissait chaude. Il lui arrivait aussi de s'entretenir avec ses voix. Il se montrait très surpris d'apprendre qu'il était le seul à entendre les questions auxquelles il répondait réellement, alors qu'il croyait les avoir formulées à haute voix.

Sur la pathogénie des ictus épileptiformes dans la paralysie générale.

M. Legrain. — Il paraît ressortir des faits cliniques que les ictus épileptiformes, dont l'esprit est si varié, ne relèvent pas tous du

même mode pathogénique et, qu'en tout cas, si la congestion (encore n'est-ce là qu'un mot?) peut donner l'explication de quelques-uns, elle est impuissante à expliquer les grands ictus, qui foudroient souvent de bonne heure les paralytiques généraux, en offrant tous les dehors de l'éclampsie. J'ai supposé que les paralytiques à grandes attaques avaient quelque chose de plus que les paralytiques sans attaques.

En dehors de la lésion et du trouble congestif contemporain, j'ai pensé qu'il existait parfois une toxémie d'un caractère particulier, toxémie à manifestations convulsives comme celles qu'on rencontre dans certaines formes de l'urémie. J'en trouve la preuve dans l'existence de nombreuses lésions viscérales chez les paralytiques, en dehors des lésions imputables à l'encéphalite. On les rencontre ordinairement dans le foie et dans les reins ; ce qui permet de croire à des troubles profonds de la nutrition et de l'excrétion favorables, surtout si le rein devient insuffisant, à l'accumulation du poison dans le sang.

Cette hypothèse me paraît confirmée par une observation accompagnée d'expérimentation physiologique à l'aide du sang recueilli par la saignée, chez un paralytique, au début de la série d'ictus qui l'ont entraîné. Le sang s'est montré hypertoxique : il jouissait au premier chef de la propriété convulsivante. Des convulsions généralisées ont été reproduites chez trois lapins par l'injection intra-veineuse de sang défibriné d'un paralytique.

M. Briand a fait autrefois des recherches analogues dans le laboratoire du regretté Quinquand et a pu constater que le sang des paralytiques généraux, recueilli après les attaques épileptiformes, prenait fréquemment des caractères de tonicité encore mal définis. Il a aussi remarqué que les injections de sérum artificiel à la dose de 1.000 à 1.500 grammes amélioraient parfois les attaques des paralytiques généraux, comme elles améliorent, dans certaines circonstances, les épileptiques vrais en état de mal. Enfin il a, depuis plusieurs années, constaté la fréquence de l'albumine dans certaines formes de la paralysie générale, et aussi l'hypotoxicité de l'urine; mais il ne croit pas à l'efficacité de la saignée, comme moyen curatif des attaques épileptiformes.

M. Charpentier. — Nous sommes tous du même avis; les saignées sont inutiles.

M. Vallon se demande si la toxicité du sang ne résulte pas du travail musculaire qui accompagne l'attaque épileptiforme.

M. Briand n'a aucune opinion à ce sujet. Il a constaté le phénomène; mais les éléments d'interprétation lui manquent.

M. Legrain. — J'ai toujours fait mes saignées à un moment très rapproché du début de l'attaque. Cette méthode m'a souvent donné de bons résultats.

M. Charpentier. — Le dernier paralytique général que j'ai saigné a été pris de convulsions épileptoïdes au cours même de l'opération. Si la saignée était efficace, elle aurait eu une autre conséquence.

M. Garnier trouve très intéressante l'interprétation pathogénique de M. Legrain, tout en estimant que ce serait aller trop loin de dire que dans tous les cas le rein est malade. Mais il est étonné de voir réhabiliter la saignée que, pour sa part, il réserve aux cas dont les apparences sont nettement congestives. Les paralytiques généraux, dit-il, sont, le plus souvent, dans un état physiologique trop précaire pour qu'on leur retire du sang.

M. Legrain. — Une petite saignée ne saurait avoir grand inconvénient.

M. A. Voisin est arrivé, chez les épileptiques, aux mêmes conclusions que M. Legrain. Comme M. Briand il a toujours trouvé leurs urines hypotoxiques pendant l'état de mal et hypertoxiques après. Il croit, à une intoxication du sang. Ce qui confirmerait cette hypothèse c'est, que souvent les accès d'épilepsie sont encore précédés d'un embarras gastrique facile à constater. Il a aussi amélioré ces malades par des injections de sérum artificiel à dose moins élevée que ne l'indique M. Briand (30 à 40 grammes seulement).

M. Vallon pense qu'il peut y avoir des cas où les attaques épileptiformes des paralytiques généraux ont le caractère de l'éclampsie et sont dues à la toxicité du sang ; mais le plus souvent elles reconnaissent pour unique cause une congestion intense des centres nerveux qu'on constate à l'autopsie.

M. Briand. — On ne peut affirmer que les lésions trouvées à l'autopsie sont cause et non effet. Rien ne prouve d'ailleurs qu'elles ne soient dues à des phénomènes évoluant *post mortem*.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 16 juin 1894. — Présidence de M. Lœhr aîné.

M. Mœli. *Courte remarque sur le traitement de l'épilepsie.* — Chez les épileptiques qui ne peuvent supporter le bromure ou chez lesquels celui-ci n'a pas suffisamment agi, on peut lui substituer l'atropine. Chez un tiers de ces malades, on constate une amélio-

ration véritable; mais on revient forcément au bromure au bout de quelques mois. Les études entreprises depuis le début de 1890, ont porté sur un laps de temps de deux à trois ans.

DISCUSSION : M. FRÆNKEL communique l'observation d'une malade traitée par le procédé de Flechsig (opium et bromure de potassium). Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un, ans, ayant depuis l'âge de sept ans, présenté un nombre infini d'attaques s'élevant souvent au chiffre de 120 par mois. Les attaques devenaient presque subintrantes au moment des règles ou à la suite de celles-ci. Le traitement zincobromuré était demeuré complètement sans résultat. On lui administra opium et bromure et, depuis le 8 août 1893, elle n'a plus d'attaques. Son état mental s'est modifié; elle a récupéré la netteté et le calme de ses facultés. Mais, en pareils cas, quand on vient à suspendre l'opium, on constate de l'excitabilité, de la confusion mentale, de la pleurnicherie qui doivent être attribuées au sevrage de l'opium; au bout de quelques jours les malades se remettent.

M. HEBOLD. — A l'asile de Wuhlgarten nous avons recours à la méthode de Flechsig dans les cas où les attaques d'épilepsie se compliquent d'angoisse.

Dès qu'on a suspendu l'opium et qu'on le remplace par du bromure, les accès disparaissent pendant un temps assez long, mais reparaissent ensuite comme auparavant.

M. LEPPMANN. — La *paralysie générale dite secondaire pour servir de point de départ à des investigations communes* sera discutée à la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la *suite de la discussion* sur le rapport de MM. CRAMER et BŒDEKER : *de la délimitation de la paranoïa.*

M. CRAMER résume les débats sous le titre d'*Epilogue à la discussion* sur la *délimitation et le diagnostic différentiel de la paranoïa.* Il s'exprime en ces termes[1] :

Si obscur que soit le terrain sur lequel portent en ce moment nos investigations, voici des éléments qui nous paraissent dégagés. Les groupes de psychoses fonctionnelles simples, non compliquées de notre classification, admettent des formes de transition de toute sorte, formes intermédiaires de Jolly, de même que les épisodes morbides rattachés par lui à la *paranoïa.* Quant aux opinions divergentes de M. Mœli sur des relations entre la sensibilité morale et l'activité intellectuelle, il ne saurait y avoir que des malentendus. En effet la sensibilité morale est cette faculté de notre esprit qui nous permet d'apprécier les impressions, et, les jugeant

[1] Dans cette rédaction nous introduisons aussi la substance d'un mémoire publié à part dans le même fascicule du même journal, sous le même titre, par M. Cramer. (P. K.

agréables, de les rechercher, les jugeant désagréables, de les rejeter. Evidemment toutes les sensations du corps collaborent à cette faculté à l'état normal. Mais il n'est pas moins certain que des sensations qui normalement n'existent point deviennent alors la cause et non la conséquence de l'humeur. A côté de cela, il est des cas difficiles à apprécier; ceci s'applique notamment à l'assertion de ces malades qui disent se sentir tout autres, qui trouvent que « cela est comique »; ici il est impossible de savoir si leur humeur est *a priori* changée dans son intégrité, ou s'il se passe en eux des phénomènes qui l'ont modifiée. Il y a lieu cependant de reconnaître qu'à la période prodromique de toute maladie mentale, il y a un état sentimental particulier, mais il est passager, et, à la période de développement de la maladie, on peut, dans l'immense majorité des cas, déterminer si l'état de l'humeur, gai ou triste, est primitif, ou s'il est le produit de l'altération antérieure de l'activité intellectuelle.

En revanche il y a lieu d'admettre un troisième grand groupe de psychoses simples, non compliquées, mis en vedette par M. Jolly et de lui donner le nom d'*anoïa* qu'il propose.

Reste un point grave. Que penser de la *confusion mentale* (*Verwirrtheit — amentia — délire hallucinatoire* de Mendel)? M. Jolly croit que dans les phénomènes aigus, il y en a une forme délirante et une forme systématisée. Entre les deux il y aurait des formes mixtes, et le même individu passerait alternativement de tel symptôme à tel autre. Ceci s'applique aussi bien au syndrome confusion mentale (*Verwirrungszustand*) aiguë des alcooliques qu'à celui qui n'a rien d'alcoolique. Evidemment le complexus morbide de la confusion mentale (amentia — Verwirrtheit — délire hallucinatoire) se sépare parfaitement de la folie systématique chronique (*paranoia chronica*), nous l'avons nettement indiqué, mais nous avons aussi montré que, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue théorique, il n'y avait pas lieu d'en faire un groupe à part. Il y a au contraire entre les divers tableaux cliniques de la paranoïa des rapports étroits, d'ailleurs parfaitement mentionnés par M. Jolly lui-même. Et si l'on veut établir des genres en perdant de vue les grandes classes spéciales des psychoses fonctionnelles simples non compliquées, on se heurte à des formes intermédiaires, très voisines du *Wahnsinn* de Krœpelin, qui vous forcent à établir une pléiade indéfinie de dessins pathologiques. La réunion de ces dessins en groupes s'impose avant d'en détailler les différences, sinon on rend inintelligibles à l'élève et au praticien nos traités de psychiatrie. Déjà les modalités aiguës des observations dont nous nous occupons comportent 28 termes sans compter d'autres dénominations accessoires. Il est donc bon d'adopter un terme d'ensemble qui puisse fixer les idées.

Voici en conséquence ce que nous proposerions :

Trois groupes de psychoses fonctionnelles simples non compliquées. — Le premier groupe, groupe des anomalies de l'humeur, caractérisé par une modification du caractère, qui constitue le symptôme principal et permanent : *manie*, *mélancolie*. — Le second groupe, groupe de la paranoïa ou des paranoïas, est caractérisé par l'existence d'un trouble de l'intelligence, folie intellectuelle comprenant la folie systématique plus ou moins cohérente désignée sous les noms de *Wahnsinn* et de *Verrücktheit*, avec les nuances que de Krafft-Ebing, Schuele, et Krœpelin attachent à chacun de ces mots, et la confusion mentale ou *Verwirrtheit*, *amentia* de Meynert, Wille, Chaslin. — Le troisième groupe, que l'on doit désigner sous le nom d'*anoïa*, a pour substratum l'extinction apparente de toute activité intellectuelle et de la sensibilité morale : c'est la démence aiguë.

Chacun de ces groupes est rattaché au suivant par des formes de transition, dans un sens ou dans l'autre, surtout les deux premiers, à raison des syndromes qui empêchent momentanément d'en faire le diagnostic :

Nous voulons parler des épisodes maniaques ou mélancoliques de la folie systématique pure ou dégénérative, ou inversement des idées de persécution ou de grandeur qui se montrent chez les mélancoliques, etc. — Le second groupe se relie, par les formes aiguës, aux délires fébriles et aux délires toxiques.

M. Bœdeker. — Avant de diviser la paranoïa, il faut savoir ce que c'est, quels sont ceux des tableaux morbides décrits qui appartiennent à la paranoïa et ceux qui ne lui appartiennent pas. Si par exemple nous envisageons les formes aiguës et les formes chroniques du groupe paranoïa, il y a un certain nombre d'observateurs distingués qui ne reconnaissent pas l'existence d'une paranoïa aiguë. A côté de cela, la plupart des psychiatres paraissant avoir considéré la division de la paranoïa en formes simples et formes hallucinatoires comme la plus opportune (Mendel); du moins est-elle admise sans grande objection pour les formes chroniques de la paranoïa. Quant à la paranoïa aiguë, elle suscite déjà des points d'interrogation et nous nous trouvons en présence, pour nous servir de termes des M. Jolly, de paranoïas hallucinatoires aiguës délirantes et de paranoïas hallucinatoires aiguës systématisées (*sic*), ce qui veut dire, et ce qui en effet paraît hors de doute, que la paranoïa aiguë systématisée est très fréquemment au plus haut point hallucinatoire. Nous aurions donc ainsi à distinguer la paranoïa hallucinatoire aiguë délirante de la paranoïa hallucinatiore aiguë systématisée, ou, en d'autres termes, nous devrions admettre une paranoïa hallucinatoire aiguë avec confusion mentale (*Verwirrtheit*) et une paronoïa hallucinatoire aiguë sans confusion mentale. Il serait à désirer qu'on établit les éléments cliniques de ces deux formes. Le même travail est encor

plus difficile à exécuter pour la paranoïa aiguë simple; d'après M. Jolly, il faudrait la rattacher à la folie aiguë systématique (*paranoia acuta systematisirende*); M. Jastrowitz prétend qu'elle se développe chez les débiles congéniaux ou chez les gens dont l'intelligence est affaiblie et qu'elle se termine par la guérison, la démence (*amentia chronica* ou *dementia confusa*) ou la folie systématique chronique (*paranoia chronica*). Pour M. Mendel, elle survient aussi bien chez les individus sains d'esprit que chez les débiles, peut persister pendant des mois, guérir ou aboutir à la *paranoia chronica simplex*. Ziehen professe que la *paranoia acuta non hallucinatoire* affecte une marche extrêmement aiguë, qu'elle dure rarement plus de trois semaines, qu'elle ne fleurit guère que sur des cerveaux fortement préparés par des tares héréditaires certains, qu'elle guérit toujours. D'autres auteurs en rapprochent d'autres complexus morbides. Il est indubitable que chaque auteur a en vue, dans l'espèce, des formes psychopathiques tout à fait distinctes; pour arriver à s'entendre, il faudrait étiqueter les observations cliniques qui servent de canevas à la description d'ensemble de chacun des nosographes.

Voici veuir, pour en terminer, l'*amentia* de Meynert ou délire hallucinatoire (manie hallucinatoire) de Mendel qui est synonyme de confusion hallucinatoire (*hallucinatorische Verworrenheit*) de Fuerstner, elle-même adéquate à la confusion mentale (*Verwirrtheit*), de Wille, etc. MM. Jastrowitz et Mendel, prétendent devoir l'enlever du groupe de la *paranoïa*, tandis que je crois, conformément aux arguments de Jolly, qu'il s'agit purement et simplement ici d'une paranoïa délirante. C'est encore une paranoïa délirante que cette *paranoïa dissociative* de Ziehen, à moins qu'on en fasse une paranoïa aiguë toute particulière (Jolly). A ce propos, il y a lieu d'adopter la pleine signification donnée par M. Jolly au mot délire et d'admettre qu'il y a une paranoïa aiguë délirante non hallucinatoire Par contre, les observations qui servent de preuves à l'appui des termes de manie hallucinatoire ou délire hallucinatoire ne sont nullement probatoires en ce qui concerne ces termes parce que les hallucinations ne constituent point ici le symptôme prédominant. Nous nous rallierons donc à la division de Jolly en paranoïa aiguë délirante et paranoïa aiguë systématisée qui résume les éléments fondamentaux de la paranoïa.

La paranoïa aiguë délirante englobe les cas de *confusion mentale* (*Verwirrtheit*) produite soit par les hallucinations, soit par l'incohérence. La paranoïa aiguë systématisée (*sic*) comprend les cas de folie intellectuelle aiguë dans lesquels il n'y a guère de confusion mentale, que les hallucinations soient actives (ce qui est le cas le plus fréquent) ou non.

M. Cramer. *Communication clinique.* — L'*analgésie du cubital* à la pression soit dans son trajet soit au niveau du condyle interne

de l'humérus (*Biernacki*) a été recherchée sur 51 paralytiques généraux. 39 d'entre eux, soit 76 p. 100, l'ont présentée au plus haut degré, 7 autres ne la présentaient que d'un côté. Ce qui, en réalité, montre l'existence de cette analgésie chez 46 paralytiques sur 51, soit 90 p. 100. L'analgésie existait aussi bien chez les paralytiques privés du réflexe tendineux patellaire que chez ceux présentant une exagération du phénomène du genou en question. Il ne fut pas plus possible d'établir, une relation entre la réaction de la sensibilité du cubital et les autres symptômes tels que la réaction pupillaire, la sensibilité à la douleur etc. L'étude comparative au même point de vue de déments ordinaires presque réduits à l'existence végétative a révélé ce qui suit : sur 63 de ces aliénés, on constata 50 fois une sensibilité marquée à la douleur du cubital, c'est-à-dire dans 79 p. 100 des cas. Ce qui établit une proportion exactement inverse par rapport à celle des paralytiques généraux. Par conséquent, *a priori*, il est probable que l'analgésie du cubital peut servir de signe diagnostique différentiel entre la démence paralytique et la démence non paralytique. Mais en revanche l'analgésie du cubital ne semble point être exclusivement un symptôme tabétique, elle ne paraît point liée de préférence à une lésion des cordons postérieurs. Les lésions des paralytiques portant partout, il est superflu de se demander quelle est l'altération responsable de ce symptôme.

En tout cas ce n'est pas à la moelle seule qu'il faut l'imputer, car, chez un malade qui présentait une analgésie unilatérale du cubital, M. Cramer trouva une lésion bilatérale et symétrique des cordons latéraux, de la zone d'entrée des racines postérieures, et des racines antérieures à leurs points d'émergence.

A une question de M. Mendel, M. Cramer répond que les branches périphériques du nerf cubital n'ont point encore été examinées. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.*, LI, 2.)

P. Keraval.

XXVIIIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE BASSE-SAXE ET WESTPHALIE

SESSION DE HANOVRE

Séance du 1er mai 1894. — Présidence de M. Gerstenberg.

M. Bruns. *Présentations anatomiques et cliniques.* — Voici d'abord une fillette de deux ans et demi, atteinte de *raideur spasmodique des membres typique* (maladie de Little). Elle est atteinte de para-

légie spasmodique sans paralysie plus accentuée. Quand on la couche sur le dos, ses cuisses se fléchissent sur le bassin dans l'adduction, et les jambes se fléchissent sur les cuisses; si l'on essaie de les étendre, on éprouve une résistance très considérable. Les premières tentatives présentent déjà une difficulté qui devient insurmontable quand on les réitère. Les bras ont toujours une certaine tendance à se porter en hyperpronation, les doigts étant enfoncés dans la paume de la main; la même rigidité se manifeste lorsqu'on tente les mouvements forcés. Cette rigidité s'accroît notablement quand l'enfant est émue. Il n'existe nulle part de paralysie des membres. Jambes et bras sont mobiles dans tous les sens, mais ces mouvements comme convulsifs, maladroits, dépassent le but. Il existe aussi une espèce d'athétose dans les mains. Les muscles du tronc semblent paralysés; l'enfant ne peut s'asseoir, ne peut tenir la tête. Elle commence seulement à apprendre à parler. Tête un peu petite. Pour obtenir des réflexes tendineux, il faut la surprendre, sans quoi, la raideur arrête ces réflexes; autrement ils sont actifs. L'intelligence ne paraît pas très atteinte, car l'enfant comprend ce qu'on lui dit, connaît les personnes qui l'entourent, se laisse examiner de bonne grâce. C'est une fillette née à sept mois de grossesse qui a été élevée pendant les premiers mois de la vie dans une couveuse (étiologie de Little).

Discussion. — M. Wulff a généralement vu cette maladie chez des individus dont l'intelligence était faible, et souvent chez des idiots. Il faut l'attribuer aux accouchements prématurés et aux délivrances graves. L'électricité reste impuissante. L'arsenic rend des services.

M. Bruns présente des préparations *de moelle* empruntée à un malade de ce genre qui finalement fut paralysé; il existe une dégénérescence ou un arrêt de développement des faisceaux pyramidaux et des cordons de Goll.

M. Bruns présente un malade atteint d'*épilepsie Jacksonienne.* Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui, tout à coup, à la fin du mois d'août 1893, fut atteint d'une attaque d'épilepsie complète. Perte de connaissance persistant pendant vingt-quatre heures et entrecoupée de plusieurs attaques semblables. Depuis lors, rareté des grandes attaques, très grande fréquence des petites attaques. Les unes, c'est le cas le plus fréquent, sont caractérisées par des convulsions des orteils du côté droit et du pied du même côté, sans perte de connaissance. Les autres débutent par le pied droit, les convulsions montent dans la jambe, le tronc s'infléchit à droite, le bras droit s'écarte du corps, le côté droit de la face se met à se contracter convulsivement. Alors le malade perd connaissance. Permanence presque constante, entre les attaques, de légères convulsions des muscles, des cuisses et des jambes du côté droit.

Formications dans les mêmes endroits avec excerbations avant les attaques. Parésie actuelle et raideur de la jambe droite qui ne sent pas aussi bien que la jambe gauche ; il y a clonus patellaire et achilléen. Elle traîne à terre pendant la marche, la pointe du pied raclant le sol. Le mollet droit a 2 centimètres de circonférence de moins que le mollet gauche. Il n'existe aucun symptôme général de tumeur. Cœur sain. L'auteur conclut à l'existence d'une *polioencéphalite aiguë* (Struempell) du *lobe paracentral gauche*, rareté chez un adulte. Les phénomènes permanents indiquent notamment une excitation continue de cette région du cerveau.

M. Bruns présente des préparations et des planches relatives à un *tubercule solitaire* des *tubercules quadrijumeaux* et à un *sarcome de la moelle lombaire et sacrée*. La première observation a été publiée dans les *Archiv f. Psychiat.* XXVI[1]. La seconde a paru dans le *Neurolog. Centralbl.*, 1894[2].

Voici maintenant une autre observation de *tumeur de la moelle* opérée le 25 avril 1894 et le corps du délit enlevé par cette opération. Il s'agit d'un homme encore jeune, ayant été opéré successivement pour une tumeur abdominale, un ganglion de la fosse sus-claviculaire gauche, une tumeur du testicule gauche. La première tumeur était un tératome. La dernière opération a été pratiquée le 9 avril dernier; elle fut suivie de violentes douleurs dans le côté gauche du thorax dessinant une corde reliant la colonne vertébrale au sternum et siégeant au-dessus du mamelon, dans le territoire de la troisième racine dorsale. A partir du 12 avril, accidents paralytiques dans les jambes et le tronc, troubles lents du côté de la sensibilité; paralysie vésicorectale, persistance des douleurs précédentes. Le 16 avril, il y a paraplégie flasque et totale des jambes, des muscles abdominaux et intercostaux inférieurs; les bras, les épaules, le cou, et la tête restent épargnés. Suppression de tous les modes de la sensibilité jusque dans le territoire des cinquième et sixième racines dorsales; hypéresthésie évidente des deux côtés dans le territoire de la quatrième racine dorsale; au-dessus la sensibilité est normale. Les jours suivants les progrès de la compression de la moelle deviennent des plus certains. Douleurs siégeant des deux côtés au niveau du mamelon, comme si un anneau large de deux doigts entourait la poitrine. La veille de l'opération ces douleurs s'étendirent pour la première fois dans le cubital des deux bras jusqu'au coude avec une violence extrême (territoire de la deuxième racine dorsale). Sensibilité circonscrite très nette à la pression et la percussion, dans le point de la colonne vertébrale qui correspond à la troisième paire dorsale au niveau des apophyses épineuses des première et deuxième vertèbres dorsales. A partir du

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

[2] Voyez *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

18 avril, disparition permanente du réflexe patellaire du côté droit. Température vespérale s'élevant à 40°; quand baisse la température, le malade éprouve des sueurs profuses dans la tête et les bras et tout le long de la poitrine jusqu'à la deuxième côte. Il était donc probable qu'il y avait une tumeur siégeant au niveau de la troisième paire dorsale, et ayant atteint la seconde, pas plus haut, que cette tumeur avait débuté par le segment gauche de la moelle, et qu'elle avait presque totalement comprimé cet organe. Ainsi s'expliquaient les accidents paralytiques, les troubles de la sensibilité, les accidents gangréneux du décubitus. Mais le pronostic devait être réservé à raison des tumeurs antérieures qu'on avait enlevées et dont on avait constaté la malignité. L'opération pratiquée révéla qu'il s'agissait d'un *sarcome* à grosses cellules rondes ayant plus ou moins subi la dégéneresence graisseuse. Le malade mourut dans la nuit en plein collapsus. On trouva à l'*autopsie* que le néoplasme descendait jusqu'à la cinquième dorsale, la moelle avait été comprimée sur toute la hauteur comprise entre la deuxième et la cinquième paire; il y avait là des masses molles rougeâtres. Il était donc impossible d'enlever toute la tumeur et, cela eût-il été possible, les altérations s'opposaient au rétablissement du malade. La lésion occupait aussi toute l'aire transverse de la moelle.

M. Wolff présente une *tumeur du frontal gauche* et lit l'observation du malade correspondant. C'est un homme de trente-huit ans. Forte tare héréditaire. Cyphoscoliose avec forte parésie des membres inférieurs et légère parésie des membres supérieurs, débilité mentale très légère entrecoupée par de légers accès d'excitation maniaque. En 1871 et 72, plusieurs attaques épileptiformes n'ayant pas reparu depuis. A la fin de 1892, tumeur du testicule droit qui ne l'incommode qu'au début de 1893 à la suite d'une contusion scrotale, un traitement à la glace la fait disparaître. En même temps, tuméfaction parotidienne, bientôt suivie de légère tuméfaction de la région frontale gauche. Celle-ci progresse tandis que l'autre disparaît. La tumeur cranienne et la tumeur testiculaire grossissent; celle-ci devient trois fois grosse comme le poing, l'autre augmente de moitié. Pendant les derniers six mois de l'année, les ganglions cervicaux se prennent. En décembre 1893, court accès épileptoïde. Une nuit, entérite du gros intestin avec évacuations muco-sanguinolentes; dans l'après-midi, attaques épileptoïdes répétées avec perte de connaissance; mort au bout d'une heure. On trouve à l'*autopsie* une tumeur du testicule droit, une tumeur de la parotide gauche, les ganglions cervicaux tuméfiés. Il existe une tumeur du frontal originaire du périoste, avec prolifération de l'os, la masse, du volume du poing, a pénétré dans la cavité cranienne, la tumeur adhère à la dure-mère et celle-ci est soudée à la pie-mère, le cerveau est resté intact. Mais il y a com-

pression du lobe frontal gauche et des première et deuxième frontales droites. Les ascendantes sont intactes ainsi que les autres régions cérébrales. Réplétion forte des vaisseaux méningés, leptoméningite chronique diffuse de la convexiié. Poids du cerveau = 1,080, du cervelet 160. Ainsi cette grosse tumeur n'avait pas porté atteinte aux fonctions des organes centraux. Les tumeurs en question étaient des sarcomes à petites cellules rondes.

M. Wulff lit un mémoire sur l'*hypoplasie du cœur chez les malades atteints d'affaiblissement intellectuel*. Mémoire publié *in extenso* [1].

M. O. Snell. *Du congrès international de médecine de Rome.* — L'orateur exalte la maquette exposée à ce congrès qui représente l'*asile de traitement et d'hospitalisation du royaume de Saxe, de Untergœltzsch*. L'établissement s'étend de chaque côté de la route qui joint l'endroit de Rodewisch et la station du chemin de fer de Rodewisch.

Cette route sépare donc le domaine de l'établissement en deux parties (au nord la division des hommes, — au sud la division des femmes). Les bâtiments qui servent à l'exploitation et à l'administration, la ferme, l'église, la salle des fêtes, et les maisons d'habitation des fonctionnaires sont le long de la route, puis viennent les quartiers des malades disposés de telle sorte que les plus agités soient très loin de la route. Système des pavillons coloniaux sans clôture; il n'y a que le jardin des deux bâtiments des agités qui soit entouré de murs.

La maquette de l'*asile de Reggio-Emilia* était également intéressante. C'est un grand bâtiment continu qui enserre complètement six cours; tout autour de lui sont disséminées une douzaine de constructions isolées. Ces pavillons contiennent le quartier des hommes, tandis que le grand bâtiment fermé est destiné aux femmes.

Le *quartier d'aliénés* de l'hôpital de *Brême* avait exposé 140 photographies très belles d'aliénés. L'*asile d'aliénés d'Imola* avait aussi envoyé une petite collection de photographies.

M. P. Berliner avait exposé des moulages en cire d'oreilles déformées à la suite de traumatismes multiples. — Les présentations et communications de MM. Bianchi, Lombroso, Morel, Hirt, Smith et Ferri ont été remarquées. — La prochaine séance aura lieu à Hanovre le 1er mai 1895. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 2.)

P. Keraval.

[1] Analysé dans les *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

BIOGRAPHIE MÉDICALE.



M. le Dr A. Motet,

Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Dr MOTET (Auguste-Alexandre) que l'Académie de Médecine, dans sa séance du 15 janvier dernier, a élu membre de la section d'hygiène et de médecine légale, par 65 voix sur 68 votants, est né à La Flèche (Sarthe) en 1832.

Il a fait ses deux premières années d'étude (1851-1852) à l'école de médecine d'Angers. Il vint à Paris, en octobre 1852, « plus riche d'espérances que d'argent », concourut aussitôt pour l'externat, fut

reçu et remplit ses fonctions successivement à Beaujon et à la Pitié. L'année suivante il concourut pour l'internat et fut reçu premier interne provisoire.

Au cours de l'année 1855, la circonstance suivante décida de la carrière médicale de M. Motet. Son compatriote et son correspondant le Dr Archambault quitta la maison de Charenton dont il était médecin en chef depuis 1848 pour prendre la direction de la maison de santé de la rue de Charonne, n° 161, que lui céda le Dr Belhomme. M. Archambault lui offrit d'entrer chez lui comme médecin interne, il accepta. A dater du 1er avril 1855, « je vécus, nous a-t-il raconté, avec les malades, au milieu d'eux, nuit et jour, et dans cette intimité qui n'était pas toujours agréable, j'appris à les bien connaître. Mon éducation se fit d'abord bien plus par la clinique, par l'observation, que par la lecture des ouvrages spéciaux. Le premier livre que j'ai lu, ce fut celui d'Esquirol et je dis, encore aujourd'hui, qu'il n'y a pas, pour un débutant, d'enseignement meilleur. Il apprend à apprendre, et c'est bien quelque chose. Tout m'intéressait dans ce milieu nouveau et quand je suivis les leçons de Baillarger à la Salpêtrière, j'étais déjà prêt à comprendre et je profitais beaucoup de ses entretiens familiers, où la présentation de types de malades soigneusement choisis, complétait la leçon, la fixait dans l'esprit. »

M. Motet passa sa thèse en décembre 1859 : *De l'intoxication par la liqueur d'absinthe*. C'était le développement d'observations prises à la maison de santé. Par une curieuse coïncidence, elle donnait une sorte de consécration clinique aux travaux que notre ami Magnan poursuivait alors. Magnan expérimentait sur les animaux, M. Motet voyait les malades et, sans s'être entendus, l'un avec les ressources du laboratoire, l'autre avec l'observation clinique, arrivaient au même résultat.

A ce moment, M. Motet quitta la maison de santé pour voyager avec un malade, puis pour le soigner à la campagne. Au bout de dix-huit mois, son malade ayant succombé, il revint à Paris et essaya de faire de la clientèle ; peu après il accompagna un autre malade en Suisse et en Italie, cela dura encore une année et demie. Quand il revint en France, M. le Dr Archambault venait de mourir (1863) ; son gendre, M. le Dr Mesnet, proposa à M. Motet de prendre avec lui la direction de la maison de santé.

Il n'hésita pas longtemps, heureux de retrouver un monde bien connu qui l'attirait de plus en plus et auprès duquel il devait définitivement se fixer (1864). Au mois de septembre de cette même année le professeur Lassègue lui demanda de faire pendant les vacances son service à l'infirmerie spéciale du dépôt des aliénés à la Préfecture de Police, c'était un surcroît de travail qui n'effraya pas M. Motet. « Mais, nous a-t-il dit, quand je fus aux prises avec la réalité, je fus singulièrement troublé : le sentiment de

ma responsablité arriva plus d'une fois jusqu'à l'anxiété. Décider rapidement n'est pas chose difficile dans la majorité des cas; mais, se prononcer sur certains cas de délire partiel, lutter contre la dissimulation de certains aliénés, engager à la fois l'administration préfectorale et soi-même par un certificat qui confisque la liberté d'un homme, c'est chose si grave qu'on ne doit prendre parti qu'avec la plus prudente réserve. J'eus la bonne fortune de ne pas commettre d'erreur pendant six semaines. Toutefois, je déclare que je n'ai jamais été plus préoccupé, plus soucieux et plus fatigué que pendant cette laborieuse période. » Durant cet intérim, M. Motet eut l'occasion d'être chargé par un magistrat de l'examen mental d'un inculpé. Son rapport ayant donné pleine satisfaction au magistrat, celui-ci fit inscrire M. Motet sur la liste des médecins-experts près les tribunaux et de la Cour d'appel pour les maladies mentales.

M. Motet a suivi sa voie avec une énergie patiente, il a beaucoup travaillé, la collection de ses rapports médico-légaux constitue une mine des plus riches et nous faisons des vœux pour qu'un jour il lui soit possible de les collationner et de les publier : il rendrait ainsi service à tout le monde, car depuis 1866 surtout il a été mêlé à presque toutes les grandes affaires de médecine légale, en aliénation mentale. Il nous a indiqué lui-même sa façon de procéder : « J'ai eu pour principe absolu d'étudier à fond chaque affaire, petite ou grande, de conserver une indépendance absolue et de ne me préoccuper jamais que de l'état mental de l'individu que j'examinais. De toutes les affaires, je déclare que ce sont celles où la simulation, non pas la simulation grossière, mais la simulation habile, par des individus souvent très intelligents, qui m'ont paru les plus difficiles; celles qui ont exigé de moi le plus de travail, le plus d'attention soutenue. »

En 1886, après vingt-deux ans de collaboration, M. le Dr Mesnet se retirait, laissant à M. Motet la direction de la maison de santé.

Depuis 1870, M. Motet est médecin de la maison d'éducation correctionnelle où il a étudié avec grand soin les déviations intellectuelles, les impulsions et les perversions instinctives des enfants et des adolescents; là aussi il a pu rassembler de nombreux documents d'un haut intérêt au point de vue psychologique et social.

Malgré ses nombreuses occupations M. Motet a toujours prêté un concours actif à la municipalité de son arrondissement soit comme membre de Commission d'hygiène, soit comme délégué cantonal, heureux ainsi de rendre service à ses concitoyens.

Parmi les titres de M. Motet, nous relèverons les suivants : mention honorable de l'Académie de médecine (prix Lefèvre), 1863; — vice-président depuis 1875 de la Commission d'hygiène du XIe arron-

dissement de la ville de Paris; — médecin en chef (1870-1871) de l'ambulance militaire de Reuilly, annexe du Val-de-Grâce; — chevalier de la Légion d'honneur, octobre 1871; — officier d'académie, 1875; président de la Société médico-psychologique en 1883: avant et depuis, M. Motet a pris une large part aux travaux de cette Société; secrétaire général de la Société de médecine légale de France depuis 1887; — membre du comité de rédaction des *Annales d'hygiène et de médecine légale*.

Ne pouvant citer tous les travaux et rapports de M. Motet, nous nous bornerons à citer les principaux : *Les aliénés devant la loi;* étude critique des accusations portées contre la loi de 1838 sur les aliénés; examen de la situation des aliénés avant la promulgation de cette loi; de la réforme des asiles et des améliorations apportées; garanties données par la loi : pour les placements, pour les sorties : intervention de l'autorité administrative et de l'autorité judiciaire; — *De la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés spéciaux, et de les placer, soit dans des exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles;* — le défaut de surveillance et de soins paraissait à l'auteur être l'objection la plus sérieuse à cette organisation. Il a résolument donné la préférence à l'assistance par l'asile, sans refuser d'admettre qu'il fût possible de séparer les incurables inoffensifs, des curables qui réclament une intervention médicale active; — *Des aliénés et de la responsabilité médicale*. Communication faite à la Société de médecine de Paris; *Étude sur la statistique générale des aliénés de* 1854 *à* 1866 (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1867); — *Étude sur le rapport général sur le service des aliénés en France*, présenté au ministre de l'Intérieur par les inspecteurs généraux du service; — *Broudmoor*. L'asile des aliénés criminels en Angleterre. « Étude de la législation anglaise sur les aliénés criminels, Procès d'Hasfield, suivi de Insane offender's Bibl.

M. Motet a publié en nombre considérable des rapports médico-légaux; ils ont été consigués dans les *Annales médico-psychologiques*, et dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Nous citerons les suivants : Rapport sur le capitaine Maymes, assassin du Dr Marchand (de Toulouse); — sur le nommé Delmas, incendiaire (11 incendies); — sur M. B.... poursuivi pour outrages publics à la pudeur (*Encéphale*, 1885.); — sur Aubertin, tentative d'assassinat sur M. Jules Ferry; — sur Baffier, tentative d'homicide sur M. Germain Casse; — sur Arthaud Haussmann, tentative d'homicide; — sur Gallo, anarchiste, tentative d'homicide à la Bourse ; — sur Gabrielle Bompard (affaire Gouffé) et sur l'affaire Walroff[1].

[1] Quelques-uns de ces rapports ont été faits en collaboration avec MM. Brouardel, Ballet, Garnier et Magnan.

Citons de nombreux rapports sur des affaires civiles : testaments contestés, interdictions, suicide et compagnies d'assurances, accidents et responsabilités, etc., etc.; — *Les faux témoignages des enfants devant la justice*. Mémoire lu à l'Académie de médecine (*Ann. d'hygiène et de médecine légale*). — *De quelle façon l'ivresse peut être envisagée dans la législation pénale* : — *a*) soit comme infraction considérée en elle-même; — *b*) soit comme circonstance s'ajoutant à une infraction et pouvant en détruire, atténuer, ou aggraver le caractère de criminalité. Dans ce mémoire, M. Motet a étudié l'ivresse simple, qu'il considère comme punissable, tant par elle-même que par les délits ou les crimes commis sous son influence; l'ivresse pathologique avec ses diverses variétés, comportant, au point de vue pénal, tantôt l'atténuation, tantôt l'irresponsabilité absolue. Il a essayé de démontrer que cette question était d'ordre médico-légal, et qu'il n'était pas possible de la trancher autrement que par l'étude de chaque fait, pris isolément; que s'il était permis de faire une classification, il ne pourrait appartenir qu'au médecin de déterminer dans quelle catégorie rentrait le fait observé.

Dans un autre ordre d'idées, mentionnons :

Leçon d'ouverture d'un cours public d'hygiène. Association polytechnique, section du XIe arrondissement. — *L'ambulance militaire de Reuilly*, 1870-1871. — Pour l'Association générale des médecins de France : Rapport au nom du Conseil, sur la revision du décret de 1811, réglant les honoraires des expertises médico-légales. (Assemblée générale, 1890) ; — Rapport sur l'organisation en France de l'étude de la médecine légale, 1892.

Comme on le voit, par ce résumé, l'œuvre de M. Motet lui constituait des titres sérieux aux votes de l'Académie : celle-ci en a jugé ainsi et on ne peut que l'en féliciter. Le labeur incessant de M. Motet, sa vie professionnelle parfaitement digne, l'aménité de son caractère, font que tout le monde dans la profession médicale, applaudira à son succès. B.

NÉCROLOGIE.

M. LE Dr ESPIAU DE LAMAËSTRE.

M. le Dr Espiau de Lamaestre, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de

la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé le 5 janvier 1895, dans sa soixante-treizième année, à l'asile de Vaucluse, chez son neveu, le Dr Boudrie, auprès duquel il s'était retiré depuis quelques années.

Le Dr de Lamaëstre est né à Homps (Gers) le 16 juillet 1822. En 1845, il commença son internat dans les hôpitaux de Paris et fut successivement attaché aux services de Baillarger, à la Salpêtrière ; Bérard et Kœpeler, à Saint-Antoine ; Malgaigne, à Saint-Louis. Lauréat de l'Assistance publique, il fut reçu docteur en 1848. Sa thèse avait pour titre : *De la pneumonie catarrhale.*

Après avoir exercé pendant quelques années dans le Gers où l'avaient appelé des intérêts importants, le Dr de Lamaëstre vint s'établir à Paris et fut pendant près de dix ans médecin de la Société municipale de prévoyance et de secours mutuels du Ier arrondissement. En 1865, voulant mettre à profit les connaissances qu'il avait acquises en aliénation dans le service de Baillarger, il est entré dans le service des aliénés. Il a été successivement médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), de 1865 à 1867 ; médecin en chef de l'Asile de Cadillac (Gironde) en 1867 ; médecin en chef de l'Asile de Bailleul (Nord) de 1867 à 1877, et enfin directeur médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, de 1877 à juillet 1887. C'est à ce poste qu'il reçut la distinction bien méritée de chevalier de la Légion d'honneur. C'est sous sa direction que fut organisé le Pensionnat annexé à cet asile qui, grâce à sa bonne gestion, prit un développement rapide. Il apporta tout entier son concours à la laïcisation de l'établissement et contribua à la création d'une pension de retraite pour le personnel secondaire, etc. Durant son séjour dans cet asile il faillit perdre un œil, à la suite d'un attentat commis sur lui par un aliéné.

Après avoir quitté Ville-Evrard, M. de Lamaëstre prêta, pendant plusieurs années, son concours si expérimenté à notre ami le Dr Goujon dans son importante maison.

Pendant la guerre de 1870, tout en faisant face aux exigences d'un service composé de plus de 1,200 aliénées dont près de 200 pensionnaires, M. de Lamaëstre organisa et dirigea une ambulance à Bailleul et son patriotrisme lui valut en cette circonstance les félicitations officielles de l'Intendant militaire et du comité des ambulances de l'arrondissement d'Hazebrouck.

Outre de nombreux rapports d'ordre administratif ou médico-administratif, M. de Lamaëstre a publié les mémoires suivants: *De la fracture des os métacarpiens* (*Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1846) ; — *Anomalie du cordon ombilical* (*Bulletin de la Société anatomique*, 1846) ; — *Observation de Môle hydatique* (*Ibid.*, 1846); — *Note sur l'éclampsie dans la grossesse* (*Journal* de Malgaignè, 1846) ; — *Anévrismes à la région frontale* (*Ibid.*, 1846); — *Mémoire sur la pyélo-néphrite* (*Revue médico-chirurgicale*, 1854) ; — *De la*

pneumonie continue rémittente (*Union médicale*, 1855); — *De quelques phénomènes sympathiques dans la pneumonie* (*Union médicale*, 1857); — *Du ptyalisme dans la grossesse* (*Union médicale*, 1857); — *Corps étrangers dans l'œil* (*Ibid.*, 1858) ; — *De l'opération césarienne après la mort* (*Union médicale*, 1861; — *De l'organisation du service médical et pharmaceutique dans les sociétés de secours mutuels*, 1861); — *De la paralysie générale à double forme* (*Congrès international de Médecine mentale*, 1878), etc.

BIBLIOGRAPHIE.

IX. *Etude sur la contagion de la folie*; par le Dr Ronier. (Genève, 1892.)

La conclusion capitale de ce travail intéressant est que la folie n'est contagieuse que pour des individus prédisposés, soit par la dégénérescence psychique héréditaire, l'impressionnabilité du sexe féminin et la faiblesse intellectuelle des âges extrêmes de la vie ; soit par la dépression mentale et l'irritabilité nerveuse acquises par tous les genres de traumatismes moraux, enfin par l'épuisement physique. L'intimité des relations entretenues avec l'aliéné, son ascendant habituel sont des conditions favorables. La folie transmise guérit toujours quand le sujet passif est soustrait assez tôt à l'influence nocive. Sinon, elle peut devenir incurable. Les médecins et les infirmiers des asiles ne sont pas plus exposés à la contagion de la folie que s'ils vivaient dans tout autre milieu. L'auteur cite à l'appui de cette conclusion consolante une statistique de quinze cas de médecins aliénistes aliénés. P. S.

X. *Des alienés criminels*; par C. Allaman. Th. Paris, 1891.

L'auteur range de la sorte, par ordre de bénignité décroissante les différents genres d'aliénation : paralysie générale, infirmités cérébrales, états mélancoliques, états maniaques, folie puerpérale, folies toxiques, folies partielles, épilepsie, folie impulsive. Il est très difficile de se prononcer, en dehors de la persistance d'hallucinations, sur la possibilité de mettre un aliéné criminel en liberté au bout d'un certain temps. A côté des aliénés confirmés dont la responsabilité est évidemment nulle, il existe les fous moraux, type hybride formant une population intermédiaire flottant entre

l'asile et la prison. L'auteur recommande la création d'asiles d'aliénés criminels où on placerait les criminels devenus aliénés les aliénés à rechutes, tels que les alcooliques, les épileptiques et tous les aliénés véritablement dangereux, c'est-à-dire ceux qui auraient prouvé par *un acte* que leur liberté met en péril l'ordre public et la sûreté des citoyens[1]. P. S.

XI. *Dyspepsie et lypémanie;* par Baumelon. (Thèse de Monpellier, 1894, n° 51).

Chez les lypémaniaques, le chimisme stomacal est altéré; il en est de même de la motricité. Les troubles gastriques imputables à ces deux causes se présentent sous des formes diverses de dyspepsie. Il semble qu'il existe une relation entre ces troubles et les variétés de lypémanie : dans les formes dépressives, la dispepsie asthénique semble dominer, dans la stupeur il y aurait plutôt augmentation de la sécrétion. Ces désordres dans le fonctionnement de l'estomac sont considérés plutôt comme un accompagnement de la lypémanie que comme un élément causal. Ducamp.

VARIA.

Un jeune monomane.

Le commissaire de police du quartier Rochechouart a envoyé hier à l'infirmerie spéciale du Dépôt un gamin de douze ans, nommé Louis M..., dont les parents habitaient rue de la Tour-d'Auvergne.

Cet enfant qui est atteint de la folie du meurtre, se complaît à faire souffrir les animaux et à voir couler leur sang. Il éprouve, en assistant à leurs convulsions, une âpre jouissance et cherche chaque jour une nouvelle victime. Il y a trois jours, il attrapait un chat appartenant à une voisine, et, profitant d'un moment où il était seul, s'emparait d'un couteau qu'il plongeait à plusieurs reprises dans le cou du malheureux animal. Il y a huit jours, dans la rue, il attirait sous la porte cochère un petit chien à poil ras et lui enfon-

[1] Avec un certain nombre de médecins, nous avons combattu avec succès dans les Congrès et au Conseil supérieur de l'assistance publique l'idée de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. Un quartier de cellules bien organisé et bien surveillé nous paraît suffire.

çait, à deux reprises, dans le cou, la lame d'un petit canif. La pauvre bête mourut. Hier enfin, il s'emparait de petits oiseaux dans une cage et les plumait vifs.

Le commissaire avait dû intervenir déjà deux fois au sujet de ce cruel gamin. Il y a trois ans, il l'avait, sur la requête de ses parents, fait écrouer à la Petite-Roquette, où il avait été enfermé pendant deux mois pour avoir à demi étranglé une petite fille de six ans.

Il y a moins d'un an enfin, le jeune Louis M... blessait assez grièvement au cou, à l'aide de ciseaux, un enfant de son âge qui dut, à la suite de la blessure, s'aliter pendant plusieurs jours. L'enquête a établi, au sujet de ce meurtrier inconscient, que l'état physique de ses ascendants n'a pas été sans influence sur son état moral. Son père est mort dans une maison de santé. (*La Petite République*, 16 oct. 1894.)

Il s'agit là évidemment d'un enfant *aliéné* et sa place n'était pas à la Petite-Roquette. Si, au lieu de l'envoyer en prison, on l'avait *traité* comme malade, on n'aurait pas eu à déplorer de nouveaux accidents.

Nécessité de l'assistance des idiots.

Un jeune vaurien de vingt-six ans, nommé Jean-Marie Rolland, redouté dans Plouha (Côtes-du-Nord) pour sa bestialité vis-à-vis des femmes, s'introduisit, le 13 novembre dernier, dans la cabane habitée par une idiote, Marguerite Le Comte, âgée de quarante ans, viola cette malheureuse et, pour n'être pas dénoncé, n'hésita pas à l'étrangler. La cour d'assises des Côtes-du-Nord vient de le condamner à la peine de mort. (Le *Radical* du 28 janvier.)

Nous n'hésitons pas à signaler, sous le titre qui précède tous les faits, venant à notre connaissance qui plaident en faveur de la thèse que nous soutenons depuis longtemps, à savoir la nécessité de l'assistance des idiots, adultes et enfants. Aujourd'hui encore, en dépit de tous les arguments que nous avons invoqués en nous appuyant sur nos prédécesseurs, Esquirol, Ferrus, F. Voisin, Parchappe, Delasiauve, Séguin, etc., et sur ce qui se fait dans les pays de race saxonne, il y a encore des médecins qui, par ignorance sans doute de ce qui a été publié et réalisé, contestent l'utilité de cette réforme et n'ont pas une idée des résultats heureux qu'on peut obtenir en s'occupant de bonne heure et méthodiquement des enfants arriérés. Cela n'a rien qui nous surprenne d'ailleurs. Autrefois, à côté des Jean Wier, des Scott, etc., qui cherchaient à démontrer, et cela

n'était pas sans danger, que les sorciers, les sorcières, les possédés étaient des malades qu'il fallait soigner, n'y avait-il pas des docteurs en médecine qui assistaient les juges et le bourreau dans leur tâche inhumaine et sinistre ? B.

Autre fait.

Une fille Christol, idiote, ayant enfermé sa mère l'a laissée mourir de faim. On a retrouvé le cadavre en putréfaction. La mort remonte à vingt-cinq jours. Quand on interroge la fille, elle rit et répond que sa mère est au village. Ce drame s'est passé, 12, rue de Belfort. (*Républicain orléanais*, 12 janvier 1895.)

La situation actuelle de la colonie de Gheel.

La colonie de Gheel comptait au 1er janvier dernier 1,875 aliénés dont 1,005 hommes et 870 femmes. Placés chez des nourriciers, tous ces malades jouissent de la liberté et de la vie de famille, sauf lorsqu'ils deviennent agressifs ou violents : on les interne alors à l'infirmerie, mais on n'est qu'assez rarement obligé d'avoir recours à cette mesure, car cette infirmerie ne compte jamais plus de 50 à 60 malades à la fois. Plus de 1,800 aliénés vivent donc à Gheel en liberté d'une façon permanente. Pour leur assurer autant que possible la vie de famille, on n'en confie jamais plus de deux à un nourricier. L'application des moyens de coercition est également réduite au minimum : les entraves, les ceintures, les camisoles sont absolument supprimées; on fait encore usage du fauteuil de force, mais en dehors de l'infirmerie. Le nourricier n'a pas le droit d'enfermer un malade dans sa chambre ou, s'il y est contraint par les circonstances, il doit immédiatement prévenir le médecin et le garde de sa section.

La mortalité à Gheel dans ces dernières années a oscillé de 6 à 8 p. 100. Le chiffre des guérisons est de 21 p. 100 en moyenne.

Pour assurer la surveillance des malades et des nourriciers, les membres du comité permanent, divisés en deux sections, font une fois par an la visite de toute la colonie. Le médecin-directeur voit deux fois par an tous les malades du dehors. Les médecins principaux avec leurs adjoints doivent visiter, au moins une fois par an, les aliénés incurables, et une fois par semaine les malades présentant des chances de guérison. Quant aux gardiens, ils sont tenus de visiter, au moins deux fois par mois, tous les malades de leur section. Médecins et gardes sont astreints à adresser un rapport quotidien au médecin-directeur sur les malades qu'ils ont visités la veille. Grâce à ces nombreux moyens de surveillance les accidents sont rares. Depuis deux ans, on n'a signalé que deux cas de

grossesse chez des femmes aliénées. Les évasions sont également peu fréquentes, cinq à six par an.

Pour augmenter le bien-être matériel des aliénés, on fournit gratuitement aux nourriciers les objets de literie et tous les meubles des chambres des malades. L'instruction professionnelle des nourriciers est assurée par des conférences, des brochures, etc. (*Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.) S.-A. Peeters.

Une nouvelle colonie d'épileptiques en Angleterre.

A l'imitation de la Colonie allemande de Biekfeld et de la Colonie américaine de Genesec-Valley (New-York), la Société nationale pour l'organisation du travail des épileptiques a créé la colonie industrielle de Chalfout-Saint-Pierre, dans le comté de Buckingham ; fondée sur l'initiative privée, cette colonie n'a pas les mêmes proportions que celle de New-York, qui a coûté 13,000 dollars d'installation et peut assister d'emblée 2,000 épileptiques, hommes, femmes et enfants ; mais on peut espérer qu'elle évoluera progressivement dans le même sens. (*British Medical Journal*, 23 juin 1894.) A. Marie.

Asile d'aliénés de Vaucluse. Tentative d'assassinat sur M. le Dr Keraval.

Le samedi matin, 19 janvier, vers dix heures du matin, pendant la visite à l'infirmerie, de la salle de jour, un épileptique s'est jeté sur notre ami et dévoué collaborateur, M. le Dr Keraval, armé d'un couteau pointu transformé patiemment par lui en poignard (lame, 12 centim. de long) et le lui a plongé dans la poitrine. Mais au moment où il arrivait sur M. Keraval, celui-ci lui tournait presque le dos. Le malade glissait, paraît-il, et le gardien se portait à sa rencontre. La lame dévia donc et s'enfonça obliquement à l'axe du corps dans l'abdomen, déchirant le plastron empesé de la chemise, au-dessous du diaphragme, et pénétrant dans la peau et le tissu cellulaire. Plaie de 10 centim. qui n'est pas encore cicatrisée au bout de quinze jours. Le couteau préparé par cet épileptique a été dérobé par lui à un imbécile auquel ses parents l'avaient apporté pour qu'il put couper sa viande. C'est un couteau portatif à gros manche et transformé par une patiente usure sur les pierres en une sorte de poignard très acéré et très aigu. Tout ce qu'il fallait, en un mot, pour tuer le médecin s'il eût pénétré perpendiculairement à l'axe du corps et non obliquement, grâce au mouvement exécuté par M. Keraval.

FAITS DIVERS.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE ET NERVEUSE. — Le sixième Congrès annuel des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le jeudi 1er août 1895, à Bordeaux, sous la présidence de M. le Dr Joffroy, professeur de pathologie mentale à la Faculté de Médecine de Paris.

Le programme comprendra : 1° Questions à discuter : pathologie nerveuse glande thyroïde et goitre exophtalmique ; rapporteur, M. Brissaud. Pathologie mentale : les psychoses de la vieillesse ; rapporteur, M. Ritti. Médecine légale : les impulsions épileptiques au point de vue médico-légal ; rapporteur, M. Parant. — 2° Lectures, présentations, travaux divers. — 3° Excursions, visites des Asiles, banquet. — 4° Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr E. Régis, chargé de cours à la Faculté de Médecine, 54, rue Huguerie, à Bordeaux, secrétaire général du Congrès.

ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES. — Il y a quelques jours, dit le *Rappel de l'Eure*, on nous signalait de Beaumont la disparition d'un épileptique nommé Emile Bérenger, âgé de vingt ans. Mardi dernier la femme Franchet, qui était chargée par la famille de rechercher ce jeune homme, apprit de Mme Sauvé, garde-barrière au chemin de fer, qu'une odeur insupportable venait de la lisière de la forêt, au lieu dit la Planche-Vannier. Elle se rendit à l'endroit indiqué et découvrit, au milieu d'un épais fourré, le cadavre en putréfaction d'Emile Bérenger, à genoux, la face contre terre et les bras étendus le long du corps. C'est dans cette position que le jeune homme tombait à chacun de ses accès. On présume qu'il aura été pris d'une crise en allant cueillir des noisettes et qu'il sera mort à cet endroit, faute de soins. (*Rappel de l'Eure*, 30 octobre.)

— Un tel accident n'est pas rare dans l'épilepsie, lorsque les accès projettent les malades, en avant, sur un sol mouvant et que personne n'est près d'eux ; nous en avons rapporté divers exemples dans notre dernier *Compte rendu* de Bicêtre, p. 1893, p. 154, etc. B.

UNE FEMME TUÉE PAR UN MOUTON. — Le *Républicain orléanais* du 10 novembre, rapporte que : « Une vieille femme a été tuée par un mouton, qui lui a porté un coup de tête dans le ventre. » Il n'est

pas rare de rencontrer des moutons qui ont cette habitude de donner des coups de tête aux gens. Nous avons eu l'occasion, autrefois, d'en voir des exemples. Cette habitude se rencontre aussi chez les idiots.

L'Association contre l'abus des boissons alcooliques (*Société française de Tempérance*) vient de tenir son assemblée générale et de nommer son bureau pour 1895, qui est composé de la façon suivante : *Président* : M. le Dr Lemelaigne; *vice-présidents* : Dr Biache, M. Glandaz, Dr Motet, M. van den Dorpel; *secrétaire général* : Dr E. Philbert; *secrétaires généraux adjoints* : Drs Bouchereau et Charpentier; *secrétaires des séances* : Drs Audigé et Moreau (de Tours); *bibliothécaire archiviste* : Dr Cruet; *trésorier* : M. Jules Robyns.

Traitement des attaques d'épilepsie (Lemoine.)

Lavement.

Chloral	2 gr.
Bromure de potassium	2 gr.
Jaune d'œuf.	n° 1
Eau	200 gr.

On donnera ce lavement dans l'intervalle de deux crises. Si le calme ne reparaît pas, un second, quatre heures après, et même un troisième, huit heures après le deuxième.

Adonis vernalis dans l'épilepsie. (Bechterew) (2).

Adonis vernalis.	2- 3 gr. 75
KBr ou NABr	7-11 — 25
Eau bouillante.	180 —

F. S. A. une infusion à donner par cuillerée à café 4-8 fois par jour.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Asile public d'aliénés de Maréville. — (*Rapport du médecin en chef de la division des femmes, à M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle.*) — Année 1893. Brochure in-8° de 28 pages. — Nancy, 1894. — Imprimerie Berger-Levrault.

Bourneville. — *Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, par E. Séguin, avec préface par Bourneville. (Tome III de la Bibliothèque d'éducation spéciale.) Un volume in-8° de 416 pages. — Prix : 5 fr. ; pour les abonnés des *Archives de Neurologie*, prix : 4 fr. *En vente aux bureaux du Progrès Médical.*

Brunet (D.). — *Rapport présenté au Conseil général de l'Eure* (session d'août 1894) *sur l'asile d'aliénés d'Evreux.* — Brochure in-8° de 72 pages. — Evreux, 1894. — Imprimerie E. Quettier.

D'Arcy Power. — *A case of epithelioma of the scrotum occuring in a tarworker.* — Brochure in-8° de 6 pages. — London, 1894. — *Transactions of the Pathological Society of London.*

D'Arcy Power. — *Congenital pelvic cyst, of probably of postanal origin, leading tho retention of urine.* — Brochure in-8° de 3 pages, avec une figure. — London, 1894. — *Transactions of the Pathological Society of London.*

Fenayrou (A.). — *La folie dans l'Aveyron. — Contribution à l'étude des folies rurales.* — Volume in-8° de 187 pages. — Toulouse, 1894. — Typographie-Lithographie A. Duclos.

Mahaim (A.). — *Recherches sur la structure anatomique du noyau rouge et ses connexions avec le pédoncule cérébelleux supérieur.* — Brochure in-8° de 44 pages, avec 5 planches hors texte. — Bruxelles, 1894. — Imprimerie Hayez.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE DE CLERMONT-FERRAND

Errata du N° 92.

Page 343, ligne 10. — *Au lieu de:* « Au point de vue historique *de* la question capitale de la responsabilité », *lire:* « Au point de vue historique, *dans* la question capitale, etc... »

Page 343, ligne 21. — *Au lieu de :* « Grand-père Louis de Bourbon. » *lire:* « Grand-père Louis de Bourbon, épouse la fille d'un fou; arrière-grand-père, Robert de Clermont, folie traumatique consécutive à une commotion cérébrale. Hérédité descendante : Charles VII mort sitiophobe. Louis XI dégénéré, mort consécutive à plusieurs attaques d'apoplexie.

Cause déterminante : fièvre typhoïde en mai 1392. *Cause occasionnelle :* deux mois après, insolation dans la forêt du Mans, le 5 août 1392 ; folie qui dure trente ans. *Forme des rémissions :* confusion mentale, comme on pouvait s'y attendre par la nature infectieuse de la cause déterminante. Donc, incapacité de gouvernement complète pendant les 48 rémissions de ces trente années de folie.

Conclusion : Charles VI, folie d'origine *infectieuse* chez un héréditaire (à hérédité *maternelle* vésanique, et *paternelle* arthritique). »

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 295

VOLUME XXIX (1895) **NUMÉRO 97** (Mars.)

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. BABINSKI, BALLET, BAUDOUIN (M.), BLANCHARD (R.), BLIN (E.), BLOCQ, BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUSET, CATSARAS, CHABBERT, CHARPENTIER, CHRISTIAN, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUTIL, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (P.), GARNIER (S.), GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, HALLION, KERAVAL (P.), KLIPPEL, LANDOUZY, LÉVI, MARIE, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, POPOFF, REGIS, REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROTH (W.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), VALLON, VOISIN (J.), YVON (P.)

Rédacteur en chef: **BOURNEVILLE**
Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **G. GUINON**

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*
1895

Abonnements : Paris, 20 fr. — France, 22 fr. — Étranger, 23 fr.

Vol. XXIX. Mars 1895. N° 97

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

MÉDECINE LÉGALE.

UN CAS DE FOLIE SIMULÉE.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL;

PAR

MM. les Drs Paul GARNIER et Charles VALLON,

Experts près les Tribunaux.

Nous soussignés, commis à l'effet d'examiner le nommé Maumy, Jacques, détenu à Mazas, inculpé d'avoir, le 28 janvier 1894, commis un homicide volontaire sur la personne de sa femme, en la précipitant par la fenêtre d'un troisième étage et de dire si c'est un simulateur ou non et quel est son degré de responsabilité; après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces de l'information, avons procédé au dit examen et consigné notre opinion dans le présent rapport.

Maumy est un homme de taille et de corpulence moyennes, normalement conformé. Il est maçon et comme beaucoup de ceux qui exercent ce métier à Paris, il est originaire du département de la Creuse; né le 7 août 1862, il a donc trente-deux ans passés. Son existence ne paraît avoir été marquée par aucun incident pathologique grave. Etant enfant il a fréquenté l'école pendant quelque temps, il sait lire et écrire; mais, en somme, son instruction est très élémentaire. Il a fait son service militaire dans les chasseurs à cheval, sans avoir, semble-t-il, subi beaucoup de punitions. Son casier judiciaire est vierge de toute condamnation.

Tous les témoins entendus à l'instruction sont unanimes à déclarer que jamais ils n'ont remarqué chez Maumy de signes de déran-

gement intellectuel et que jamais, à leur connaissance, il n'y a eu d'aliénés dans sa famille.

Maumy s'est marié le 22 janvier 1888, il a eu un petit garçon qui a succombé dans des circonstances tragiques, écrasé par une voiture ; cette mort ne paraît pas l'avoir beaucoup troublé.

L'union était loin de régner dans le ménage Maumy ; des querelles y éclataient souvent. La femme avait la réputation d'être honnête, laborieuse, économe ; cependant, le mari se montrait jaloux, coléreux et brutal, surtout quand il avait bu, et il buvait volontiers. La femme était alors obligée, pour éviter d'être battue, de fuir et d'aller coucher dans une autre chambre de l'hôtel ; c'est ainsi que la veille de sa mort (nuit du 26 au 27 janvier), elle a dû abandonner son logement et rester toute la nuit sur le palier de l'étage inférieur. Le 27, les époux Maumy ont passé la soirée chez des voisins. Le mari était un peu sombre, mais n'avait pas bu ; le 28, vers cinq heures du matin, une discussion s'est élevée entre eux et, à six heures, la femme venait s'abîmer sur le pavé de la rue. Transportée à l'hôpital, elle est morte sans avoir pu prononcer une parole.

Quand les agents sont arrivés, Maumy a refusé de les laisser entrer. « Je n'ouvrirai, disait-il, que quand il fera jour, je ne comprends pas qu'on vienne m'arrêter comme un assassin, moi qui n'ai rien fait. » Il a fallu l'intervention d'un serrurier pour forcer la porte. On a trouvé Maumy debout sur son lit, sans chaussures, mais habillé, tenant d'une main une hachette et de l'autre un fer à repasser. Il a essayé de lancer ce dernier objet à la tête d'un agent, mais celui-ci a paré le coup avec son sabre. Maumy criait : « au secours ! à l'assassin ! » les agents l'ont entouré et réduit à l'impuissance.

Devant M. le juge d'instruction, l'inculpé a d'abord dit : « Je suis innocent, c'est ma femme qui volontairement s'est jetée par la fenêtre alors que j'étais au fond de la chambre ; elle s'était levée vers cinq heures et m'avait engagé à aller chercher du travâil ; sur mon refus, dans un mouvement de grande colère, elle a enjambé la fenêtre. » Cette déclaration faite, Maumy s'est livré à des divagations. A chacun des interrogatoires suivants il a tenu des propos sans suite, parlant de cavaliers, d'agents qui le cherchaient, de misères qu'on lui faisait, etc.

Confronté à la Morgue avec le cadavre de sa femme, Maumy a eu une émotion bien vite maîtrisée ; puis, il s'est mis à divaguer comme les jours précédents.

Devant nous, Maumy, dès notre première visite, a joué la comédie de la folie ; pendant plusieurs mois il a tenu son rôle sans défaillir et ce n'est qu'après une longue et minutieuse observation que nous avons pu arriver à la conviction que nous nous trouvions en présence non d'un aliéné, mais d'un simulateur.

D'habitude, les individus qui simulent la folie se découvrent par l'exagération même qu'ils apportent dans leur rôle ; ils ne savent généralement pas résister à la tentation d'outrer les manifestations du désordre intellectuel ; Maumy nous a laissé longtemps dans le doute précisément parce qu'il avait une attitude différente.

Un premier point, il est vrai, nous avait d'abord frappé : les indices d'un dérangement cérébral ne s'étaient montrés chez Maumy qu'après l'accomplissement de son crime alors qu'antérieurement, de l'avis de tous ceux qui le fréquentaient, il semblait normal. C'était évidemment là une présomption de simulation, mais une présomption seulement. En effet les prodromes des maladies mentales sont généralement très peu accusés et il faut un œil exercé pour les découvrir ; il pouvait donc en exister chez Maumy alors que personne ne se doutait de leur présence.

D'un autre côté, nous avions à tenir compte de ce fait que la folie peut se développer dans les premiers temps de l'emprisonnement et à l'occasion de l'acte qui l'a provoqué, alors que cet acte a été commis en dehors de tout trouble mental. Il est constant, en effet, que la secousse morale produite par le crime et la crainte du châtiment peuvent déterminer l'aliénation mentale. C'est donc dans l'examen direct que nous avons cherché les éléments d'une opinion raisonnée.

Pendant près de trois mois, l'attitude de Maumy a toujours été identiquement la même à chacune de nos nombreuses visites : l'air sombre, la tête obstinément baissée, il ne quitte pas des yeux sa coiffure ou son numéro matricule qu'il remue machinalement entre ses doigts ; de temps à autre seulement il lance un coup d'œil sournois : on dirait qu'il craint de trahir par son regard l'expression de sa pensée. C'est avec la plus grande peine que nous obtenons quelques rares réponses aux questions que nous lui posons, il faut, pour ainsi dire, lui arracher les paroles ; ses réponses sont d'ailleurs très variables et ne suivent jamais immédiatement la demande. Maumy semble réfléchir avant de parler. Ainsi, à cette question nettement formulée : est-il vrai que vous ayez jeté votre femme par la fenêtre ? Maumy tantôt ne répond pas, tantôt prononce les phrases suivantes : « Je ne l'ai pas jetée par la fenêtre, je n'aurais jamais eu ce courage. — Elle est peut-être tombée par la fenêtre à peu près comme moi. — Je ne l'ai pas jetée plus que vous. — Je n'en sais rien. — S'il y en a qui le savent, ils sont plus avancés que moi. — C'est peut-être elle qui s'est jetée par la fenêtre. — Je l'ai vue monter sur la fenêtre, mais elle ne s'est peut-être pas tuée. Elle ne doit pas être morte, elle n'était pas assez hardie pour se jeter par la fenêtre. — Il me semble bien l'avoir vue se jeter par la fenêtre. »

Quand nos interrogations deviennent trop pressantes, Maumy garde un mutisme obstiné ou, après un temps de réflexion, fait

entendre des plaintes comme celles-ci : « On me donne de la nourriture fraudée qui me fait faire le fou. — On me fait des misères. — Avant la police me suivait. — On m'électrise dans ma cellule par les regards (judas) de la porte. — Je n'ai pas besoin de parler pour qu'on se fiche de moi, on s'en fiche bien assez comme ça. — Le complot était peut-être bien fait à l'avance. — On me travaille par la physique. »

De temps à autre, Maumy se montre turbulent, il frappe à sa porte, n'écoute pas les observations qu'on lui fait, insulte ou frappe même les gardiens; on lui met la camisole, on l'envoie au cachot et ces moyens réussissent toujours à le rendre calme et docile. Vers le milieu du mois de mai, le médecin de Mazas, dont l'attention a été appelée sur Maumy, l'envoie comme présumé atteint d'aliénation mentale à l'infirmerie spéciale du Dépôt, où nous avons pu le suivre d'encore plus près.

Au Dépôt, un notable changement ne tarde pas à se produire dans la manière d'être de Maumy. Sa physionomie, qui jusque-là était demeurée immobile et impénétrable, s'épanouit, il cause volontiers et nous donne quelques renseignements. Il avoue qu'il n'a jamais aimé sa femme : « Nous n'étions pas de même idée tous les deux, » nous dit-il; mais, quand on veut lui faire raconter les circonstances dans lesquelles il a commis son crime, il se dérobe. Nous lui faisons remarquer qu'il a avoué à M. le juge d'instruction avoir précipité sa femme par la fenêtre. « Si j'ai avoué, dit-il, c'est que j'ai conté une colle. » Nous lui demandons si au Dépôt on le tourmente par la physique comme à Mazas ; il ne peut s'empêcher de rire et prétend ne plus se rappeler ce qu'on lui faisait à Mazas; un jour, il finit même par reconnaître qu'il s'est moqué de nous en disant qu'on le tourmentait, « il pensait nous mettre dedans et il se déclare prêt à recommencer ».

Et en effet, réintégré à Mazas, Maumy reprend son attitude d'autrefois, il parle de physique et d'électricité, mais, maintenant en se plaignant des persécutions dont il est l'objet, il ne peut retenir un sourire, le sourire du menteur surpris. Malgré tout, il ne veut donner aucun renseignement précis sur les faits qui l'amènent devant la justice.

A chacune de nos visites, il semble enfin vouloir entrer dans la voie des explications nettes et franches, cesser une comédie dont il n'est plus sans comprendre l'inutilité ; mais toujours il se reprend et nous devons remettre à une autre fois l'espoir de le voir jeter définitivement le masque. C'est ainsi que de semaine en semaine notre examen a dépassé la durée habituelle d'une expertise. Aussi bien, soucieux de la grave responsabilité qui nous incombe en pareille affaire, nous avions toujours présentes à la mémoire, ces paroles de Tardieu : « Un premier principe qu'il ne faut jamais négliger dans les expertises relatives aux aliénés et qui n'est nulle

part mieux approprié que dans les cas suspects de la folie simulée, c'est de ne se prononcer qu'après une observation prolongée, répétée, persévérante, qui nulle part n'est plus nécessaire, plus indispensable. »

Aujourd'hui, notre conviction est faite : Maumy est un simulateur, il l'a avoué et d'ailleurs les troubles intellectuels qu'il affecte ne présentent les caractères d'aucune maladie mentale connue, n'ont pas d'analogues en clinique.

Certains propos de l'inculpé pourraient faire penser qu'il est atteint de délire des persécutions, mais un vrai persécuté a une attitude tout autre; il a frappé pour se venger d'un individu qu'il considère comme un ennemi, pour faire cesser les persécutions auxquelles il est en butte, il est persuadé d'avoir le droit pour lui; aussi raconte-t-il les détails du crime dont il est inculpé avec précision, sans rien nier, sans chercher à atténuer sa responsabilité, repoussant d'ailleurs toute imputation de folie.

Maumy serait-il alcoolique? Il se grisait quelquefois, souvent même, paraît-il, mais cela ne prouve pas qu'il ait été atteint de folie alcoolique. Quand nous l'avons vu pour la première fois, à Mazas, il ne présentait aucun signe psychique ou physique d'intoxication par l'alcool. Il est vrai qu'un mois s'était écoulé depuis son crime. — Mais, le matin du 28 janvier, son attitude n'a point été celle d'un délirant alcoolique, il a parlementé à travers la porte avec les agents, refusant d'ouvrir avant le jour, se défendant à l'avance d'avoir assassiné sa femme. Ce n'est pas là la conduite d'un homme en proie au délire. La veille, d'ailleurs, il n'avait pas bu, le fait est prouvé.

Quant à l'état physique de l'inculpé, il est satisfaisant. Dans les premiers temps de son séjour à Mazas, Maumy était un peu pâle, s'alimentait mal, mais il n'a pas tardé à reprendre le dessus; aujourd'hui les grandes fonctions organiques, la digestion, la respiration, la circulation s'exécutent bien, le sommeil est calme, l'appétit régulier. Il y a absence de tout trouble de la sensibilité et de la motilité.

En résumé : de l'observation patiente à laquelle nous avons soumis Maumy pendant huit mois consécutifs dans la prison de Mazas et à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, il est résulté pour nous la conviction suivante : *Maumy simule l'aliénation mentale avec une persévérance et une obstination peu communes; mais, en réalité, il n'est pas aliéné. Maumy doit rendre compte à la justice de l'acte dont il est inculpé.*

Paris, le 7 novembre 1894.

Maumy a comparu devant les assises de la Seine le 8 janvier 1895. L'inculpation d'homicide volontaire avait été trans-

formée en accusation de meurtre par la mise en accusation; c'est-à-dire que la préméditation avait été écartée; par suite la peine de mort n'était plus applicable, Maumy n'encourait que les travaux forcés à perpétuité ou à temps.

La veille de sa comparution, Maumy tenait encore les propos les plus incohérents à son avocat; mais à l'audience, il a changé d'attitude, il a répondu correctement aux questions du Président et s'est défendu assez habilement, soutenant qu'il n'avait pas précipité sa femme par la fenêtre, mais qu'elle s'y était jetée volontairement.

Après notre déposition, le Président a demandé à Maumy ce qu'il avait à dire : « Je ne suis pas fou, a-t-il répondu tranquillement et je ne crois pas avoir jamais fait le fou. »

A la seule question qui lui était posée : « Maumy est-il coupable d'avoir commis un meurtre sur la personne de sa femme? » le jury a répondu oui, mais a accordé à l'accusé le bénéfice des circonstances atténuantes. La cour, en conséquence, a prononcé la peine de vingt ans de travaux forcés avec vingt ans d'interdiction de séjour. Maumy a écouté l'arrêt et ses considérants d'un air attentif, mais sans manifester d'émotion.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

D'UNE FORME HYSTÉRIQUE DE LA MALADIE DE RAYNAUD ET DE L'ÉRYTHROMÉLALGIE (*suite*)[1];

Par Léopold LÉVI,
Interne des hôpitaux de Paris.

III.

Y a-t-il au point de vue clinique dans la maladie de Raynaud hystérique des caractères actuels ou d'évolution qui la séparent des autres variétés?

Nous ne revenons pas sur les particularités dues à son ori-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 95, 96.

gine : elle débute sous l'influence des émotions. Chaque accès intermittent réapparaît par suite d'une émotion.

Il faut signaler son début brusque, la coexistence d'autres phénomènes hystériques et en particulier de symptômes urinaires. Le nœud de la question nous paraît être dans ce fait. La maladie de Raynaud hystérique atteint-elle son troisième stade? Va-t-elle jusqu'à la gangrène?

Du fait de l'hystérie, il peut se produire des gangrènes spontanées. Après Riehl et Ehrl, Féré[1] a publié un cas de gangrène spontanée de la peau chez une hystérique. La malade, âgée de vingt-trois ans, présentait à la partie moyenne de la face interne de la jambe une plaque du diamètre de 50 centimètres. Elle avait été traitée, à dix-neuf ans, pour un ulcère de l'estomac. Déjà Blandin, en 1847, avait publié un fait analogue. D'autre part, les phénomènes hystériques, quand ils persistent, peuvent entraîner des lésions.

Pour donner un exemple frappant, dans le pied bot hystérique sur lequel a insisté Charcot, on peut constater, comme dans les paralysies organiques, la production de tissu fibreux périarticulaire et une rétraction tendineuse.

Si les faits cliniques indiscutables ne sont pas assez nombreux pour fournir un argument péremptoire; si, ni dans le cas d'Armaingaud, ni dans celui de Burot, ni dans le nôtre où la guérison ou une amélioration très importante a été obtenue, la gangrène n'a pas existé, il n'en est pas moins vrai que, dans quelques cas de maladie de Raynaud, chez des hystériques, le stade de gangrène est atteint. (Obs. IX et X de la thèse.)

La gangrène survenant chez les hystériques, comment interpréter son mécanisme? Il faut tenir compte des théories qui ont cours sans prendre parti dans le débat.

Raynaud pensait que le spasme vasculaire prolongé pouvait produire la gangrène. Mais Scheiber a signalé deux cas de maladie de Raynaud ininterrompue pendant huit jours sans amener le sphacèle.

D'autres auteurs ont pensé que la gangrène était un phénomène surajouté et ont fait jouer un rôle aux lésions vasculaires (endartérite oblitérante. Mendenold, Weiss, Goldschmidt, etc.) ou aux lésions des nerfs trophiques. (Wiglesworth, Samuel, Kornfeld).

[1] Soc. Biol., juin 1894.

Enfin, ne peut-on croire dans certains cas à l'intervention de microorganismes qui se développent dans les tissus offrant une moindre résistance par suite du défaut d'innervation vasculaire et la diminution de l'influx nerveux trophique?

Le fait est vrai dans certains cas d'infection secondaire. Nous avons observé une malade âgée de trente-sept ans, concierge, Rog...n, atteinte depuis quinze ans de phénomènes de Raynaud, et qui éprouva une violente émotion à la mort d'un de ses fils, âgé de six ans, enlevé en trois jours par une angine. Les phénomènes syncopaux généralisés aux doigts des deux mains disparurent, mais, en revanche, le médius de la main gauche, après une crise syncopale intense, devint rouge, présenta une sensibilité douloureuse très marquée. Quand nous vîmes la malade, la douleur était si intense qu'elle l'empêchait parfois de dormir. Le doigt était le siège d'une suppuration aiguë, profonde, qui nécessita l'amputation des trois phalanges.

Quant à la question de savoir si la maladie de Raynaud hystérique a des rapports avec la sclérodermie, il y a dans ce problème, indépendamment de la notion hystérique, trop d'inconnues et de désaccord pour que nous ayons intérêt à aborder la question[1].

B. — Il est certaine forme d'érythromélalgie qui est purement hystérique.

Presque en même temps que la maladie de Raynaud, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'érythromélalgie qui peut servir de contre-partie à notre mémoire.

Observation[2]. — *Erythromélalgie sous la dépendance d'une idée fixe chez une malade hystérique atteinte antérieurement de rhumatisme articulaire aigu. Hémiplégie droite antérieure traitée avec succès par la suggestion hypnotique. Guérison complète par l'hypnose.*

Lur...e, âgée de trente-sept ans, tapissière, entre le 2 août 1894, salle Pinel, lit n° 2, service du Pr Raymond.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père paternel est mort du choléra. Il avait un tempérament très nerveux.

La grand'mère paternelle est morte à vingt-sept ans de tuber-

[1] Lire pour les rapports de la maladie de Raynaud et de la sclérodermie, la remarquable observation de Goldschmidt, *Rev. de méd.*, 1887.

[2] L'observation a été prise sous mon contrôle par M. Delta, externe du service.

culose pulmonaire. Les grands-parents du côté maternel ne présentent rien de particulier.

Le père de la malade était d'un tempérament sanguin. Il était impressionnable et très irascible. Il est mort à quarante-six ans de la rupture d'un anévrisme.

Sa mère mourut à cinquante-trois ans d'une affection du foie qui s'accompagna d'ascite. Son passé pathologique présente un fait intéressant. Elle fut effrayée un jour par un troupeau de taureaux, et éprouva brusquement dans le bras gauche une contracture que les moyens usuels (massage, bains, tractions méthodiques, etc.) ne parvinrent pas à guérir. Au moment de cet accident la malade était née; elle était âgée de deux ans.

Un de ses frères est mort à vingt-neuf ans probablement de tuberculose pulmonaire. Il était vif, emporté, pleurant facilement. Une sœur est morte tuberculeuse. Elle était irascible, était sujette aux pleurs et au rire faciles.

Antécédents personnels. — A trois mois, elle aurait éprouvé une fièvre cérébrale (?) très grave qui dura plus de deux mois et mit sa vie en danger. A quatre ans, elle fut successivement atteinte de rougeole, de petite vérole volante. A sept ans, elle souffre de l'urticaire.

C'est à huit ans que les premiers phénomènes de son tempérament nerveux se manifestent. Au cours d'une dispute avec une de ses meilleures amies, elle sent sa gorge serrée comme dans un étau, trépigne, étouffe, se cyanose, son corps se roidit. Progressivement elle revient à elle.

Son caractère devient, avec l'âge, de plus en plus vif, impressionnable, émotif. Elle pleure et rit pour des motifs futiles. A onze ans, elle fut réglée, ce qui provoqua chez elle une grande frayeur dont elle se remit rapidement.

A neuf ans, se passe dans sa vie un incident qui aura sur toute son histoire pathologique une importance dominante.

Elle était en pension chez des sœurs. Une petite camarade mourut. On l'obligea à embrasser le corps de la petite morte. Elle éprouva une impression intense de dégoût, d'horreur et de frayeur en même temps. Sa frayeur était si grande qu'on dut la reconduire chez elle ce jour même. Mais depuis lors elle a gardé de cette scène un souvenir ineffaçable. Depuis lors, elle conçut pour la mort une peur insurmontable qui se traduisait dans de nombreuses circonstances. Toutes les fois qu'on parlait devant elle de la mort, soit à propos de la mort d'une personne de sa famille ou d'un grand personnage, soit en évoquant seulement l'idée de la mort, immédiatement l'image du cadavre de sa petite amie surgissait devant les yeux de la malade. Elle était prise de tremblement généralisé et éprouvait des sensations comparables à des

décharges électriques. En même temps sa face se congestionnait et son corps se couvrait de sueurs froides.

Mais de la scène qu'elle se rappelait, la malade avait surtout gardé une impression pénible dans le domaine de l'odorat. A chaque souvenir, c'était la sensation de dégoût et d'horreur qu'elle avait éprouvée au contact de la peau du cadavre qu'elle ressentait de nouveau.

Puis à cette sensation succéda une idée, celle de la mort, qui revenait souvent à l'esprit de la malade, et affectait parfois les allures d'une idée fixe. En dehors de toute conversation, sans raison apparente, cette idée harcelait la malade. Quand elle se réveillait dans la nuit, l'idée qu'elle allait mourir sous peu venait la surprendre. Elle se levait alors sur son séant, frissonnante, s'asseyait au bord de son lit, et restait des heures entières absorbée par son idée sinistre, plongée dans un anéantissement dont elle sortait parfois en se surprenant à rouler des boulettes de papier entre les doigts. Elle se trouvait alors lasse et s'endormait profondément.

Un jour, allant faire son marché, elle est prise de l'idée qu'elle va mourir dans quelques instants et rentre chez elle précipitamment pour ne pas mourir dans la rue.

Dans ces circonstances, quand elle était occupée par un propos, par un fait qui attiraient son attention, elle oubliait son idée de la mort. Elle reprenait sa manière d'être habituelle. Elle était vive, enjouée, turbulente. Depuis deux ans, l'idée et la peur de la mort sont allées en s'atténuant.

En 1884, la malade perdit sa mère. Cette perte la jeta dans un abattement profond. Un jour, pendant qu'elle confectionnait un chapeau, elle fut prise, sans perte de connaissance, d'une hémiplégie avec hémianesthésie, dont elle fut guérie par l'hypnose dans le service du Dr Guyot.

En mars 1887, elle eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Un matin en se réveillant, elle ressentit des douleurs dans le poignet droit qui durèrent quatre jours, sans s'accompagner de gonflement notable. Ce fut ensuite le tour du coude gauche, qui devint le siège de tuméfaction avec coloration rosée et douleur pendant une dizaine de jours, puis les épaules furent prises et les articulations vertébrales.

La malade garda le lit trois semaines. Elle avait eu de la fièvre avec soif vive, de l'anorexie, des sueurs très abondantes.

La même année, en octobre 1887, après des douleurs vagues dans les articulations du côté droit, elle fut atteinte d'une arthrite du genou gauche, qui s'est terminée par ankylose de l'articulation.

Début. — La malade avait à Billancourt une sœur atteinte de tuberculose pulmonaire. Elle allait la voir de temps en temps, et

aidait parfois à la changer de linge. Elle était alors effrayée de la voir s'amaigrir à vue d'œil. Sa sœur mourut le 16 avril, elle l'apprit le soir même et vint le lendemain. Elle alla voir la morte qu'elle eut de la peine à reconnaître. Elle passa toute la journée dans la maison, d'autant que son beau-frère était lui aussi malade. Il est mort un mois après sa femme. Elle passa la nuit dans la salle à manger. Constamment le souvenir du pensionnat lui revenait, elle se rappelait la petite morte qu'elle avait dû embrasser. L'enterrement eut lieu le 18 avril ; en en revenant, la malade avait de la peine à marcher, elle était prise de tremblement, de frissons. Elle rentra chez elle, se mit au lit. Toute la nuit elle ne dormit pas, eut devant les yeux l'image de sa sœur morte.

Le lendemain 19 avril, vers 11 heures du matin, la malade était dans son lit, en proie à son idée, ayant peur de mourir, quand elle ressentit les premières douleurs qui marquent le début de sa maladie. Ces douleurs siégeaient au niveau de la plante des pieds et s'accompagnaient de coloration rosée très prononcée. La malade sentait battre ses artères fortement.

A partir de ce moment, tandis que la malade ne dormait pas et avait constamment dans l'esprit l'idée de la mort, les douleurs existaient soit continues, soit par crises. Les douleurs se présentaient sous forme de brûlure, de fourmillements. Elles occupaient les orteils en masse, ou bien commençaient par la région interdigitale séparant le deuxième du troisième orteil, symétriquement aux deux pieds. La peau se tuméfie légèrement et prend une coloration rouge vif. Elle est chaude. Les artères battent.

La position déclive, la pression provoquent ou exagèrent les accès. La position horizontale en diminue l'intensité et peu à peu les fait disparaître. La durée des crises est variable, durant moins d'une demi-heure ou plus d'une heure.

Pendant la durée des accès, et même dans leur intervalle, la peau des orteils et celle des pieds entiers est le siège d'une sudation abondante.

Au début, une marche, même courte, et la station debout provoquaient des accès.

La malade dut bientôt cesser son travail. Elle ne réussissait pas à dormir pendant la nuit qu'elle passait en cris ou en pleurs. Son mari avait dû quitter la chambre à coucher et s'était fait un lit dans la salle à manger. Parfois les crises étaient si douloureuses que la malade poussait des cris de désespoir. Son mari, réveillé, venait la consoler et quelquefois la soulageait en lui pressant les pieds entre les deux mains.

Au mois de juin 1894, elle entra dans le service du Dr Millard, où ses douleurs furent soignées par des piqûres de morphine, de l'antipyrine, du bromure, et eut à la suite une éruption d'acné médicamenteux.

Elle quitta le service au mois de juillet, non améliorée, et vint consulter M. le professeur Raymond, qui lui prescrivit des bains froids prolongés et lui conseilla d'entrer dans son service.

Elle entra le 2 août à la Salpêtrière. Les bains froids prolongés lui ont procuré quelque soulagement.

Examen actuel. — L'examen extérieur, les pieds exceptés, ne révèle rien de très particulier. Les yeux sont vifs et mobiles. Le maxillaire supérieur est proéminent. L'oreille gauche, de forme triangulaire à base supérieure, est mal ourlée. Rien de semblable à l'oreille droite.

La motilité des différents segments du corps est normale. Les mouvements s'exécutent bien. La force musculaire est conservée.

La réflectivité est normale.

Il existe quelques troubles passagers de sensibilité. On constate un matin de l'analgésie au niveau de la face interne des cuisses qui disparaît quelques jours après. Il n'y a pas d'anesthésie nette localisée, ni d'hyperesthésie.

Pas de troubles des sens spéciaux. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas de dyschromatopsie.

La malade n'est pas très développée. Les membres sont grêles, mais cette gracilité n'est nulle part plus prononcée qu'au niveau des orteils, petits, en bâtonnets.

Examinée dans l'intervalle des crises, elle montre des pieds froids et inertes. Le pied droit a conservé une légère coloration rosée d'un accès antérieur. Le pied gauche est pâle. La coloration rosée existe seulement à la face plantaire et latérale des orteils et s'étend un peu sur les articulations tarso-métatarsiennes, aux faces plantaire et dorsale du gros et petit orteils.

La pression, douloureuse surtout au niveau des orteils, diminue à mesure qu'on s'en éloigne, disparaît au niveau des cous-de-pied.

Pour faire apparaître les phénomènes, il suffit de faire placer quelques instants le pied de la malade hors de son lit, les genoux légèrement fléchis. Elle ne tarde pas à éprouver des douleurs intolérables au niveau de la face plantaire des orteils ; en même temps qu'apparaît une coloration rosée qui s'accentue peu à peu surtout au niveau des orteils et du talon, remontant sur la face dorsale des orteils. Une sudation abondante se produit.

Les différents appareils fonctionnent médiocrement. L'appétit est léger. La malade a maigri dans ces derniers temps. Elle se plaint surtout de n'avoir pas dormi ni jour ni nuit depuis le début de son affection.

L'urine est au-dessous de la normale : 800 grammes.

Vu les antécédents de la malade, guidé d'autre part par notre succès dans la maladie de Raynaud, nous mettons l'hypnose à profit.

Le jour de l'entrée, les douleurs existaient sous forme de picotements, accompagnées de transpiration, elles reprirent le lendemain leur caractère d'atrocité avec élancements dans tout le pied, rougeur vive, sudation.

La malade est endormie pour la première fois le 5 août, par la pression sur les globes oculaires, elle s'endort facilement, nous raconte que constamment elle pense à sa sœur. Nous lui ordonnons de l'oublier. Ce jour-là elle n'a plus de crises, et, ce qui ne lui était pas arrivé depuis quatre mois, elle dort la nuit. Elle passe une bonne journée le 6 où elle est endormie. Le 7, pas d'hypnose. Elle éprouve encore toute la nuit des élancements continuels avec transpiration sur tout le corps et tremblement.

Le 8, hypnose. Elle éprouve encore un accès de douleur de 8 heures à 11 heures du soir.

A partir de cette date jusqu'au 8 septembre, la malade n'éprouve plus de crise douloureuse, sauf le 14 août de 6 heures à 11 heures du soir, et le 28 août, de 7 à 8 heures du soir, ce qui correspond à la pensée de sa sœur ou de la mort réveillée par des souvenirs.

En même temps que nous suggérions à la malade de n'avoir plus de crise douloureuse, en lui interdisant la pensée de sa sœur, nous lui prescrivions d'uriner davantage.

L'urine de 900 grammes au début monte à 1,800, le 10 août.
— — à 2,250, le 15 août,
et se maintient entre 1,500 et 2,100.

La malade était calmée de ses douleurs que nous n'arrivions plus à provoquer, en mettant ses pieds dans la position déclive. Nous lui ordonnons de ne plus avoir de coloration rosée des orteils, elle disparaît peu à peu; enfin la sudation cède à son tour.

Le 8 septembre, on peut considérer la guérison comme absolue.

A peine les pieds hors du lit présentent-ils une insignifiante moiteur, et une légère coloration rosée des pieds. La malade est devenue gaie. Elle ne pense plus à sa sœur. Elle dort complètement la nuit. L'appétit est meilleur. Elle a engraissé, pèse actuellement 44 kilogrammes.

La malade sort et reprend son travail.

Elle revient nous voir le 16 septembre.

Elle a éprouvé le 12 septembre dans l'après-midi de petites douleurs qui ont duré de 1 heure et demie à 4 heures, et qui sont dues comme nous l'apprenons par l'hypnose à la vue d'une robe bleue telle que sa sœur en portait une. Elle a pleuré à cette vue.

Nous lui supprimons de l'esprit le mot « mort ».

La malade est en retard de ses règles. Nous lui prescrivons de les avoir le surlendemain.

La malade revient le 23 septembre.

Elle a passé une très bonne semaine. Les règles sont venues au

jour prescrit, mais n'ont duré que quelques heures. L'appétit est bon, elle a engraissé de 5 livres, pèse 46 kil. 500.

Elle a été contrariée parce qu'on s'est moqué d'elle pour être venue trop tôt à l'ouvrage et a éprouvé quelques douleurs dans les pieds pendant quelques heures. Il me semble, dit-elle, que ce n'est plus moi, tellement je suis heureuse.

Le 6 octobre, je revois la malade : elle va aussi bien que possible, a engraissé encore, pèse maintenant 48 kil. 500. Elle devait venir le 30 septembre, mais n'a pu à cause d'un travail pressé. Ce jour-là, à 10 heures du matin, elle s'est endormie spontanément. Le sommeil a duré une heure[1].

Cette observation est concluante, car elle montre un cas complet. Il va jusqu'à la guérison. Son étiologie est déterminée.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, hystérique, hypnotisable, chez qui une émotion pénible de l'enfance persiste pour se transformer peu à peu en idée fixe; qui, à la suite de la mort de sa mère contracte une hémiplégie droite avec hémianesthésie guérie par l'hypnose, est prise ensuite de rhumatisme articulaire aigu, et à propos de la mort de sa sœur, voit commencer des phénomènes d'érythromélalgie.

Les douleurs sont si vives que la malade ne peut, pendant quatre mois, dormir ni jour ni nuit.

La maladie est modifiée du jour au lendemain puis guérie complètement par l'hypnose.

Il est utile de revenir sur quelques points de l'observation.

Le *rhumatisme articulaire aigu*, sur lequel nous avons insisté dans la maladie de Raynaud se retrouve chez notre malade. Déjà Weir Mitchell avait signalé la fièvre rhumatismale comme antécédent morbide dans un certain nombre de cas. Le malade de Lannois avait été soigné pour des accidents rhumatismaux pendant son service militaire.

Il est dans notre cas un fait frappant. La malade est atteinte d'hémiplégie droite à la suite de la mort de sa mère. Elle contracte un rhumatisme polyarticulaire aigu, et consécutivement à la mort de sa sœur, débute son érythromélalgie. L'intervention du rhumatisme articulaire aigu pour l'apparition des phénomènes vaso-moteurs n'acquiert-elle pas là plus que la valeur d'une hypothèse. C'est à vrai dire *une cause localisatrice.*

[1] La malade a été revue en novembre, décembre et janvier. La guérison s'est maintenue complète.

La cause efficiente est l'*idée fixe* qui a eu pour point de départ l'émotion. La nature *psychique* de la maladie est évidente.

A neuf ans, l'enfant embrasse une petite camarade morte, éprouve une émotion des plus vives, et garde de ce contact une impression olfactive de dégoût et d'horreur. Les propos sur la mort lui rappellent longtemps cette impression et l'émotion qui l'accompagna. Puis l'émotion se transforme en idée fixe, l'idée de la mort. Elle perd sa mère et fait sous cette influence un accident hystérique. Elle perd sa sœur, nouveau choc moral. Le souvenir du pensionnat redevient vivace. La malade continue à penser à sa sœur, à la mort, jour et nuit. Elle fait des phénomènes d'érythromélalgie. Par l'hypnose, nous lui prescrivons d'oublier sa sœur, et en vingt-quatre heures s'obtient une modification étonnante de l'affection qui est guérie en quelques jours.

Ce sont d'abord les phénomènes douloureux qui disparaissent. La malade peut alors dormir, puis les phénomènes de coloration de la peau, enfin les troubles de sudation.

La malade eut au neuvième jour du traitement, alors qu'elles avaient disparu depuis cinq jours, une nouvelle crise de douleurs. Elle avait de nouveau pensé à sa sœur.

Ayant repris son travail, elle éprouva des douleurs en voyant une robe bleue pareille à celle qu'avait portée sa sœur; cette vue est le point de départ d'un travail psychologique subconscient à résultat habituel.

Si la nature de la maladie est nettement psychique, il est à peine besoin d'insister sur son *point de départ* psychique, sous l'influence d'un choc moral. C'est le lendemain de l'enterrement de sa sœur, après avoir passé la nuit dans une chambre à côté de la morte, qu'étant au lit en proie à l'idée de la mort elle ressent pour la première fois des douleurs. L'observation est explicite à cet égard.

Dans ce cas, il a existé des *phénomènes urinaires*. Avant tout traitement, la malade urinait moins d'un litre. La quantité a varié sous l'influence de l'hypnose pour aller jusqu'à 2,250 grammes, se tenant d'habitude aux environs des quantités habituelles :

7 août.	1,300 gr.	10 août.	1,900 gr.
8 —	1,200 —	11 —	1,850 —
9 —	1,800 —	12 —	2,250 —

13 août.	2,100 gr.	16 août.	1,700 gr.
14 —	1,650 —	17 —	1,800 —
15 —	1,400 —	18 —	2,100 —

L'oligurie peu marquée ici, ainsi que la polyurie à peine notable peuvent être mises sur le compte de l'hystérie.

Deux analyses d'urine ont été faites par l'interne en pharmacie du service. Les résultats ne diffèrent pas considérablement des résultats normaux.

Urine. . . . . . . (Louche, lég^t acide)	2,200		1,800 gr (lég^t acide.)
D	1,005		D 1,006
Urée	38,50	par jour.	33,045
Phosphate et phos.	2,77	—	2,735
Chlorures.	13,2	—	7,56
Sulfates.	»		3,63

En ce qui concerne l'*histoire de l'érythromélalgie*, l'observation est encore importante, à cause de sa *nature hystérique*, à cause de la *guérison*, à cause de certaines autres *particularités*.

W. Mitchell avait déjà insisté sur le *tempérament nerveux* de ses malades.

Le malade de Straus-Lannois était remarquable à ce point de vue. Le malade de Paget offrait un ensemble de symptômes nerveux qu'on aurait qualifiés d'hystériques, si on les avait observés chez une femme.

Les quelques femmes dont Lannois rapporte les observations (Graves, Vulpian) présentent une grande tendance à l'état névrosique.

Mais, dit cet auteur, nous ne croyons pas qu'il faille accorder une trop large part à l'hystérie.

Dans leur intéressante revue sur l'érythromélalgie, Lewin et Benda[1] rangent les observations en trois catégories.

I. Cas où l'on retrouve une altération organique centrale : médullaire ou cérébrale ;

II. Cas où l'affection centrale est purement fonctionnelle ;

III. Cas où existe une altération périphérique (névralgie ou névrite).

Entre les deux premières classes, il range deux observations

[1] *Berliner Klinische Centralblatt*, janvier 1894.

où l'affection se rencontre au cours du myxœdème (Landgraf) et au cours de la migraine ophtalmique (Lewin et Benda).

Dans la deuxième classe des névroses, Lewin et Benda rangent 7 observations.

Déjà dans la discussion qui suivit la présentation du cas de Woodnut à la Société neurologique de Philadelphie, on dit que quelques cas devaient appartenir à l'hystérie.

L'observation d'Auché et Lespinasse a trait à un homme de trente ans, qui présentait en même temps des phénomènes congestifs des extrémités avec congestion très vive du visage et un gonflement assez marqué des yeux. Il existait en outre un gonflement avec sensibilité des testicules.

Le cas de Seeligmuller survient au cours de la ménopause. Aux symptômes vaso-moteurs habituels, s'ajoutait de l'hyperhémie de la tête, du cou, et de la muqueuse buccale.

Le cas de Baginsky est relatif à un cas d'hystérie infantile.

On retrouve encore l'hystérie dans les cas de Sigerson, dont nous reparlerons, de Vulpian, de Graves, de Morgan.

Sur ces 7 cas, 2 se retrouvent chez l'homme, 1 chez l'enfant, 4 chez la femme. Le nôtre appartient également à la femme. Or l'érythromélalgie est en général une maladie des hommes.

On peut ajouter le cas de Weir Mitchell (obs. III, thèse de Lannois) où l'hystérie et une affection organique se trouvent associées.

Notre cas intéresse aussi à cause de la *guérison* de la malade. Si on laisse le cas de Graves « qui guérit en six ans contre toute médication », dans sa thèse Lannois signale seulement deux cas de guérison, ceux de Grenier, où les détails nerveux manquent, et de Sigerson. Dans son article récent du Manuel de médecine, Boulay n'en signale pas d'autres.

Or, dans le cas de Sigerson, on note l'impuissance, l'anesthésie plantaire, une soif insolite, des troubles visuels, des crises de sommeil. Le malade éprouva un soulagement dès la première séance, et après 7 séances tous les phénomènes génésiques, visuels, la soif vive disparurent.

Ne s'agit-il pas là d'une guérison psychique plutôt que due à l'électricité?

Dans deux cas de Weir Mitchell et de Lewin et Benda, il s'est agi d'améliorations que ces auteurs considèrent comme des rémissions.

Il nous faut insister sur d'autres détails.

Les cas d'érythromélalgie sont assez rares. Lannois en a signalé 14. En 1892, il y en avait 20 de signalés (cas de Seeligmuller, Voodnut, Auché-Lespinasse, Morgan, Gerhardt, Sénator), puis Hénoch, Landgraf en publient des cas. Lewin réunit d'abord 33 observations, puis Lewin et Benda, janvier 1894, en réunissent avec leurs cas personnels 40 cas.

Nous avons eu l'occasion, chez une femme de la Salpêtrière, âgée de quatre-vingt-douze ans, atteinte de zona intercostal, et qui avait une hémiplégie ancienne, de constater des phénomènes vaso-moteurs comparables à ceux de l'érythromélalgie. Dès que la malade mettait les pieds en position déclive, la plante des deux pieds prenait une coloration rouge vineuse. La sudation était peu marquée. Les douleurs étaient peu vives. Des phénomènes analogues se faisaient du côté des mains. La malade fut présentée à M. le Pr Raymond[1].

C. — Remarques générales

Nos deux observations se rapprochent à un double point de vue. Elles servent de contribution à l'étude des maladies par émotion et à l'étude des troubles vaso-moteurs de l'hystérie.

Nous ne voulons pas entrer dans l'exposé des effets patholo-

[1] Depuis la rédaction de mon mémoire, j'ai eu l'occasion de prendre dans le service de M. le professeur Raymond quatre nouvelles *observations* d'érythromélalgie, qui seront l'objet d'un travail ultérieur.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, qui présente la série des phénomènes suivants : Exagération des réflexes rotuliens avec une esquisse de trépidation spinale. Parésie par amyotrophie des membres inférieurs, surtout du membre inférieur droit. Contractions fibrillaires au niveau des quadriceps cruraux. Crampes musculaires avec contractures passagères. Phénomènes d'érythromélalgie qui remontent peut-être à l'âge de quinze ans.

Le deuxième concerne une femme de trente-deux ans, nerveuse, sujette à des pertes de connaissance, qui, à la suite de la mort d'un enfant unique adoré, a commencé des phénomènes unilatéraux d'érythromélalgie au niveau du pied gauche.

Le troisième cas se rapporte à un malade de trente-deux ans névropathe atteint de pseudo-tabes éthylique avec érythromélalgie des 2e, 3e, 4e orteils de chaque pied.

Enfin, le quatrième cas que nous resignalerons plus loin est un exemple d'association d'érythromélalgie avec maladie de Raynaud, chez une malade hystérique et neurasthénique âgée de vingt-trois ans qui présente une série d'autres phénomènes vaso-moteurs.

Ajoutons un cas d'érythromélalgie localisée au lobule du nez chez une malade très grande neurasthénique.

giques des *émotions* chez les individus prédisposés[1]. Elles peuvent agir sur tous les appareils, font sentir leur action surtout dans le domaine de la neuro-pathologie et sont prédominantes pour l'apparition de l'hystérie ou la détermination de ses manifestations polymorphes. L'influence des émotions dans le domaine vaso-moteur ne nous arrêtera pas davantage (troubles urinaires, œdème[2], etc.).

Nos cas ajoutent de nouvelles preuves à l'influence des émotions pour l'apparition et la persistance des névroses vasomotrices l'asphyxie locale des extrémités et l'érythromélalgie.

Par la transformation de l'émotion en idée fixe subconsciente qu'on y rencontre, elles concourent à l'histoire de l'*hystérie.*

Elles s'ajoutent à la liste déjà longue des troubles vaso-moteurs de l'hystérie.

L'intérêt de nos cas est de montrer que pour les phénomènes vaso-moteurs comme pour les dysesthésies et les hyperesthésies, les tics et les mouvements choréiques, comme pour les paralysies et les contractures, il faut l'intervention de l'idée fixe, de la pensée du malade. Ils appuient directement la théorie psychologique de l'hystérie. Dans tout accident hystérique, dit Janet, un certain trouble des fonctions psychologiques joue un rôle important.

Il faut d'autre part noter l'influence de l'hypnose qui, dans nos cas, amène la guérison ou une amélioration assez considérable. Pour l'école de la Salpêtrière, l'hypnose ne se développe guère que chez les hystériques. S'il en était besoin, ce serait là encore un argument en faveur de la nature des troubles étudiés.

L'influence de la suggestion somnambulique a déjà été appliquée à des phénomènes vaso-moteurs. Charcot[3] l'a mise à profit pour reproduire l'œdème bleu[4]. Babinsky, Debove, puis Souques[5] ont guéri des cas de polyurie par l'hypnose. Nous-

[1] Féré. *Pathologie des émotions.* Deux chapitres sont consacrés aux effets pathologiques des émotions.

[2] Pitres. *Progès médical*, n° 91. — Banke. *Berlin. Klin. Wochensc.*, 1892. — Pizarsewsky. *Gazetta Lekarska*, 1894. — Féré, etc.

[3] *Clinique des maladies du système nerveux*, t. I, 1892.

[4] Voir pour l'œdème bleu la thèse de Trintignan, inspirée par M. le Pr Raymond.

Communication orale.

même avons transformé une ischurie en polyurie. Backmann[1] a guéri par la suggestion un cas d'hyperhidrose.

Ce qui resterait à déterminer, c'est pourquoi une émotion dans un cas produit l'érythromélalgie, dans l'autre, la maladie de Raynaud. La différence tient-elle à la nature de l'émotion ou à l'état du système vaso-moteur. Nous n'avons aucun élément pour entreprendre pareille discussion. Remarquons seulement que toute émotion ne produit pas (G...r) une même crise. Elle est blanche ou bleue suivant l'intensité de l'émotion, et suivant la période de la maladie (début, période d'état, période d'amélioration).

D'ailleurs maladie de Raynaud et érythromélalgie ne constituent pas des maladies mais sont des syndromes vaso-moteurs, exagération de faits physiologiques.

D'après l'avis de nombreux auteurs[3] auxquels nous nous rallions, ce ne sont pas des individualités propres, mais la signification clinique d'un grand nombre d'états pathologiques susceptibles d'impressionner primitivement ou consécutivement les parties du système nerveux qui tiennent sous leur dépendance les actions vaso-motrices.

Dans nos cas, les deux syndromes sont proches parents, issus d'une même névrose, l'hystérie.

Du reste la *transformation* de l'un de ces syndromes dans l'autre est possible. Lannois signale l'observation de Mills comme étant intermédiaire aux phénomènes de Raynaud et de Weir Mitchell.

Morel-Lavallée[3] a observé le cas d'une femme atteinte d'érythromélalgie avec paroxysmes aux mains et qui tout l'hiver souffre d'asphyxie locale des extrémités. Il y a une sorte de balancement des deux affections.

La maladie dure depuis vingt-deux ans.

[1] *Société de biologie*, janvier 1894.

[2] Voir pour la maladie de Raynaud : Hutchinson (de l'*Acropathologie*, *Semaine médicale*, 1893), crée le mot de phénomènes de Raynaud ; Kornfeld range les cas de maladie de Raynaud en trois classes (*Wiener medicinishe Presse*, 1892) ; Scheiber énumère l'étiologie possible du syndrome de Raynaud (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1892). — Pour l'érythromélalgie : Strumpell, Bernhardt, Enlenburg. Lewin et Benda résument dans leur mémoire l'opinion des auteurs (*Berliner Klin. Centralblatt*, janvier 1894).

[3] Société de dermatologie.

Les crises de congestion rouge sont provoquées par la chaleur extérieure et le travail de la digestion.

Les troubles fonctionnels sont nuls. Il n'existe pas de douleur, mais seulement une sensation de chaleur mordicante.

Au début il y eut dans les orteils des phénomènes qui furent rapportés à la goutte. La sensibilité, la motilité, la nutrition, la réflectivité sont normales.

La symétrie est absolue dans le cas observé : les pommettes et les oreilles sont atteintes[1].

Dernière remarque. La malade atteinte d'affection de Weir Mitchell est guérie. Elle écrit elle-même : « Il me semble maintenant que ce n'est plus moi, tant je suis heureuse. » Et cependant sous l'influence d'une contrariété, parce qu'on s'est moqué d'elle pour être arrivée trop tôt à son travail, elle éprouve des douleurs sourdes sans sudation qui disparaissent au bout de trois heures.

Y a-t-il contradiction? Non. La malade est guérie de son accident, non de son hystérie. Et, comme hystérique, elle peut éprouver de nouvelles émotions et de nouveaux phénomènes vaso-moteurs. Il en est de même que pour une malade chez qui on fait disparaître une idée fixe datant de plusieurs années et qui par suite de sa suggestibilité peut contracter de nouvelles idées fixes passagères.

Il en est de même que chez une malade hystérique qui guérit d'une contracture de la mâchoire et qui plusieurs années après refait une nouvelle contracture de la mâchoire.

Ces réflexions sont applicables à notre cas d'affection de Raynaud.

L'état de mal asphyxique en rapport avec une idée fixe sub-

[1] Nous-même avons observé un cas d'érythromélalgie associé à la maladie de Raynaud. Le diagnostic du cas peut être résumé : érythromélalgie sous forme de crises avec troubles vaso-moteurs persistants, siégeant au niveau des extrémités supérieures et inférieures et des lobules de l'oreille. Crises de syncope locale intercurrente. Aménorrhée. Seins hystériques. Tous ces phénomènes se sont développés chez une malade présentant actuellement des stigmates de neurasthénie et d'hystérie, à la suite d'une série de chagrins.

Cette *association*, je l'ai trouvée encore chez ma malade à l'érythromélalgie du pied gauche qui est très améliorée (fréquence et durée des crises). Elle est venue se plaindre à moi, le 22 février 1895, de phénomènes de syncope locale ayant pour siège les deux mains, surtout la gauche, qui sont survenus pendant la période menstruelle. Elle avait antérieurement accusé la sensation de doigt mort au niveau du pouce droit.

consciente a disparu. A ce point de vue il y a guérison. Mais la malade reste susceptible aux émotions. D'autre part ses organes vaso-moteurs touchés restent impressionnables au froid. Sous cette double influence, elle fait encore des crises syncopales et asphyxiques. Mais l'affection du début remarquable par sa persistance et son intensité a disparu d'une façon absolue. Il y a donc au moins grande amélioration.

D. — Les faits que nous étudions nous permettent de pénétrer dans la *pathogénie* de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie.

Pour la *maladie de Reynaud*, ce n'est pas de la pathogénie de la gangrène que nous nous occupons. Nous en avons parlé plus haut. Il s'agit seulement de l'asphyxie et de la syncope des extrémités.

Raynaud considère la maladie comme une névrose caractérisée par l'exagération du pouvoir excito-moteur des parties centrales de la moelle présidant à l'innervation vasculaire. L'interruption de l'afflux du sang dans les petits vaisseaux est le résultat d'un spasme sous l'influence d'une excitation des vaso-moteurs de ces conduits.

Dans certains cas, chez des femmes, l'appareil génital pourrait être le point de départ de la stimulation qui, par la médiation des centres nerveux déterminerait l'excitation des nerfs vaso-moteurs destinés aux vaisseaux de telles ou telles extrémités.

L'irritation centripète aurait dans nombre de cas pour siège primitif les extrémités elles-mêmes des membres dans le froid par exemple.

L'excitation réflexe vaso-motrice est transmise le plus souvent aux artérioles et aux veinules. Ces vaisseaux en se resserrant font passer le sang qu'ils contiennent dans les veines des mains et des pieds. Les vaisseaux capillaires sont vidés eux-mêmes.

Les artérioles restant spasmodiquement resserrées, tout afflux de sang étant impossible dans les capillaires, on a le stade de syncope locale.

Si la constriction des artérioles persiste alors que celle des veinules moins riches en fibres musculaires disparaît, le sang noir reflue des grosses veines dans les veinules et dans les capillaires, on a l'asphyxie locale.

Raynaud expliquait, par la localisation dans l'axe bulbo-

spinal du centre de l'action réflexe, la symétrie des phénomènes.

Il s'appuyait pour prouver cette localisation sur la constriction de l'artère centrale de la rétine qu'il avait constatée chez des malades atteints de cette affection. Il préconisait l'emploi de courants continus descendants appliqués sur la colonne vertébrale pour diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle.

A la théorie *centrale* de Raynaud, Vulpian a opposé la théorie *périphérique*. Le resserrement des vaisseaux sous l'influence du froid a lieu d'abord par excitation directe des vaisseaux de la peau, mais la cause la plus active doit être une action réflexe vaso-constrictive très énergique provoquée par l'excitation des extrémités des nerfs cutanés centripètes et produite par l'intermédiaire des ganglions situés sur le trajet des fibres vaso-motrices à une faible distance de la terminaison dans les parois vasculaires.

La symétrie s'explique par le fait qu'il s'agit de sujets chez lesquels la prédisposition locale naît sous l'influence d'une modification générale de l'économie et doit être à peu près égale dans les parties homologues des deux parties du corps.

Quant à la période menstruelle, Vulpian pense qu'elle met le système nerveux dans un état d'excitabilité tout à fait exagérée pendant laquelle les moindres impressions faites sur la peau peuvent donner lieu à des réactions hors de proportion avec elles.

Faisons remarquer d'abord que la symétrie n'existe pas dans tous les cas. Encore récemment Zeller[1] a publié un cas de gangrène spontanée chez une femme de vingt ans, chlorotique, souffrant depuis peu de douleurs articulaires. Elle eut une teinte violacée des extrémités des doigts alternant avec de l'anesthésie. Puis survint une nécrose des doigts de la main allant jusqu'à la partie moyenne de la deuxième phalange. L'amputation fut nécessaire, les artères ne donnaient pas pendant l'opération.

Mais, peut-on répondre, bien que l'origine médullaire n'en soit pas douteuse, ne peut-il y avoir de paralysie infantile hémiplégique?

En faveur de la théorie de Raynaud on peut d'ailleurs faire valoir, outre les troubles papillaires — sur lesquels il a insisté à juste titre — les phénomènes urinaires, troubles vaso-mo-

[1] *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1893.

teurs dépendant de l'influence d'une cause commune à la maladie de Raynaud, que la cause en soit l'hystérie ou toute autre.

On peut encore mettre en ligne les *troubles encéphaliques* concomitants. Déjà Raynaud avait dit : « Le sommeil est lourd, la face rouge, congestionnée. Au réveil, le malade ne sait où il est, il a perdu la notion du temps, semble étranger à tout ce qui l'entoure et reste un temps considérable dans un état d'hébétude profonde. On est autorisé à craindre du côté de l'encéphale un travail morbide analogue à celui qui occupe la périphérie. »

Bien plus, on a noté la coïncidence des troubles vaso-moteurs paroxystiques et des troubles convulsifs de l'*épilepsie*, par exemple. Féré [1] a publié plusieurs cas, dont un d'asphyxie « disséminée ». Le trouble asphyxique a diminué considérablement depuis que les accès ont disparu.

Dans la *paralysie générale*, où les troubles vaso-moteurs sont très nombreux, où bon nombre de phénomènes, y compris même l'inégalité pupillaire, dit Klippel, par congestion de l'iris, sont d'ordre vaso-moteur, où cet auteur a pu décrire un foie dit vaso-paralytique, Iscovesco [2] a publié récemment trois cas d'asphyxie locale des extrémités.

Dans la *lypémanie*, Targowla [3] a montré un cas d'asphyxie locale intermittente.

L'intérêt doit porter surtout sur la *folie circulaire*.

Ritti [4] a publié en 1882 deux observations de folie circulaire où pendant les périodes de dépression, les malades présentaient de l'asphyxie locale des extrémités. Il pense que le spasme des vaisseaux capillaires des mains qui produit les phénomènes de Raynaud existe au niveau des vaisseaux encéphaliques cérébraux et que la dépression n'est que le résultat de l'anémie cérébrale consécutive à cette contraction spasmodique.

Il nous faut surtout retenir la coexistence des troubles des extrémités et de l'encéphale, ce qui indique la mise en jeu d'une influence centrale portant à la fois sur les nerfs des vaisseaux des membres et du cerveau.

La confirmation se trouve encore dans notre cas. Les phé-

[1] *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1891.
[2] *Société de biologie*, 1894.
[3] *Annales médico-psychologiques*, 1892.
[4] *Annales médico-psychologiques*, 1882.

nomènes vaso-moteurs apparaissent ou sont produits artificiellement sous l'influence de l'émotion ou de l'idée fixe. Ils ont donc comme cause un réflexe dont le point de départ est dans les centres nerveux eux-mêmes (réflexe interne). Suivant que l'émotion est plus ou moins vive, la syncope locale ou l'asphyxie locale se produit[1].

Quant à l'influence (non constatée dans notre cas des menstrues), il faut tenir compte de la suggestibilité très grande des femmes à cette époque, au moins dans les cas hystériques de l'affection, où les phénomènes vaso-moteurs sont sous la dépendance de causes psychiques.

En ce qui concerne l'*érythromélalgie*, les auteurs, d'habitude, font une pathogénie par comparaison avec la maladie de Raynaud. Ce serait une angio-névrose paralytique due soit à une diminution du pouvoir excito-moteur des centres médullaires, soit à une modification directe ou réflexe des ganglions situés sur le trajet des fibres nerveuses.

Suivant les cas observés, ils acceptent l'une ou l'autre des explications qui sont l'analogue soit de la théorie de Raynaud soit de celle de Vulpian.

Dans leur mémoire, Lewin et Benda prennent le parti d'être éclectiques. Admettant que l'érythromélalgie est un complexus symptomatique né sous des causes très variées, ils n'acceptent pas une théorie univoque. Ils concluent à la théorie soit centrale, soit périphérique.

Pour l'érythromélalgie de nature hystérique, l'origine centrale peut être admise comme pour la maladie de Raynaud.

Elle s'appuie sur la coexisteuce des phénomènes urinaires, du gonflement avec douleurs testiculaires paroxystiques (cas de Auché-Lespinasse).

Notre cas montre d'ailleurs d'une façon très nette le réflexe à point de départ central (émotion, idée fixe) qui cause la symptomatologie.

Il serait séduisant d'aborder, à propos de nos faits, la théorie vaso-motrice de l'hystérie que Vulpian a combattue. Mais il est prudent d'éviter ce terrain tout d'hypothèses.

Répétons, en terminant, qu'en tête des phénomènes vasomoteurs de l'hystérie on trouve l'émotion ou l'idée fixe sub-

[1] Quelquefois le point de départ de l'excitation est périphérique. Elle est en rapport avec le froid.

consciente; fait important au point de vue théorique, car il rapproche les troubles vaso-moteurs d'autres phénomènes hystériques; fait intéressant au point de vue de la pratique car la suppression par l'hypnose de ces idées fixes peut produire la guérison.

On peut résumer ce travail dans les conclusions suivantes :

A. — 1° Il est certaine forme de maladie de Raynaud qui est purement hystérique. Elle est susceptible de naître et de réapparaître sous l'influence d'une vive émotion morale, et de présenter par la transformation de cette émotion en idée fixe subconsciente une série d'accès subintrants. Elle peut disparaître ou s'améliorer par l'hypnose, mais laisse après elle un système vaso-moteur plus facilement excitable;

2° Le rhumatisme articulaire aigu se retrouve fréquemment dans les antécédents et peut servir de cause localisatrice pour les accidents hystériques;

3° Le début est brusque, l'origine est émotionnelle. Elle est de nature psychique. Il y a coexistence de phénomènes urinaires, anurie et polyurie;

4° La gangrène est vraisemblablement possible dans cette forme;

5° Les exemples de maladie de Raynaud chez les hystériques ou causée par les émotions sont nombreux. Nous avons ajouté des observations typiques. Parfois, il y a coexistence de ces phénomènes chez deux sœurs, chez un père et sa fille.

B. — 6° Il est certaine forme d'érythromélalgie qui est purement hystérique. Elle est en rapport avec une vive émotion ou une idée fixe subconsciente.

On y retrouve souvent le rhumatisme articulaire aigu, les phénomènes urinaires, le début brusque, la variation des phénomènes en rapport avec la pensée du malade.

Elle guérit par l'hypnose, mais laisse un système vaso-moteur susceptible aux émotions ;

C. — 7° Les faits observés servent de contribution à l'étude des maladies par émotion.

Ils s'ajoutent à la liste déjà longue des troubles vaso-moteurs de l'hystérie ;

Ils ne constituent pas d'ailleurs des maladies autonomes,

mais des complexus symptomatiques qui peuvent se transformer l'un dans l'autre, et qui, dans le cas présent sont issus de la même névrose, l'hystérie.

D. — 8° Pour les syndromes de Raynaud et de Weir Mitchell rattachés à l'hystérie, la théorie centrale doit être acteptée.

Raynaud avait invoqué en faveur de la pathogénie de l'asphyxie locale, les phénomènes qui se passent du côté de la papille. Nous insistons sur les troubles urinaires et encéphaliques, et nous appuyons d'autre part sur l'existence de l'asphyxie des extrémités dans la lypémanie, la paralysie générale et surtout la folie circulaire;

9° Il est nécessaire, pour le traitement des malades et le diagnostic étiologique du syndrome, de pénétrer dans l'histoire psychologique des sujets.

L'hypnose permet de préciser la cause immédiate de l'affection et de procurer la guérison.

CLINIQUE MENTALE.

LES DÉLIRES PLUS OU MOINS COHÉRENTS DÉSIGNÉS SOUS LE NOM DE PARANOIA (*suite*) [1];

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin en chef des asiles de la Seine.

Nous en avons fini avec la bibliographie de l'Allemagne telle qu'elle est; nous répéterons à dessein que toute erreur de termes est radicalement impossible, puisque cette analyse est empruntée au précieux mémoire de M. Cramer. Dès maintenant, tout nuage est sans doute dissipé. La lecture des morceaux que nous venons de présenter en les accompagnant, au moment opportun, des commentaires utiles, supprimerait toute

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 94, 95, 96.

équivoque. Mais il nous paraît préférable de renforcer la lumière en complétant nos moyens d'information.

Jusqu'ici nous avons emprunté à un savant étranger les éclaircissements nécessaires pour l'intelligence des textes et des choses de ses compatriotes. Et il en est ressorti pleinement que les délires plus ou moins cohérents décrits alternativement, suivant les préférences phonétiques des auteurs, sous les noms de *Wahnsinn*, *Verrücktheit*, *Paranoïa*, *Verwirrtheit* désignent des variétés d'aliénation mentale, sans lésions, ayant pour élément symptomatique principal l'idée délirante en passe de se systématiser, et que chacune de ces dénominations spéciales caractérise une modalité. Systématisation parfaite et cristallisée, diffusion des éléments de systématisation, confusion mentale complète quoique elle-même imprégnée de bribes des mêmes délires. C'est ce que montre avec plus de vigueur encore l'analyse bibliographique des auteurs français présentée par M. Cramer. Elle nous met en possession des définitions exactes. Nous résumerons cette partie de son étude.

L'auteur reconnaît que la folie systématique chronique ou *paranoïa chronique* est née en France avec Lasègue, qui en 1852 a décrit le délire des persécutions, et que les formes chroniques de la paranoïa ont été magistralement étudiées chez nous. « Comme l'a dit Séglas, ajoute-t-il, la théorie de la paranoïa a germé en France. »

Il en rapproche et les observations de Morel sur les héréditaires successivement hypocondriaques, persécutés et mégalomanes, et la dénomination de folie systématisée appliquée par le même savant à la monomanie d'Esquirol; il met en relief que les deux premières classes de dégénérés de Morel comprennent presque toutes les formes qui plus tard ont été décrites sous le nom de *délires systématisés primitifs*.

A la même catégorie appartiennent encore les formes de folie avec prédominance du délire des grandeurs de Foville (1871), l'étude de Legrand du Saulle sur le délire des persécutions (1877), les aliénés persécuteurs (*Quœrenlantenwahn*) ou individus à tares héréditaires de Jaquet (1876) et Falret. Mais ce domaine de la folie systématique chronique, qu'il semblerait si naturel de se contenter de diviser en autant de lots qu'il semble y avoir de genres ou d'espèces, a été soumis à un remaniement aussi instructif que documenté. Peut-être faut-il en chercher le motif dans l'importance que prennent

de jour en jour nos besoins d'appliquer des idées générales.

C'est pourquoi Magnan, reprenant et étendant la théorie de Morel sur la folie des dégénérés, des héréditaires dégénérés, propose de diviser les aliénés de la façon suivante : les délires liés aux intoxications ; les délires dus aux névroses ; les délires par lésions organiques de l'encéphale; les formes délirantes élémentaires telles que la manie et la mélancolie.

Puis, deux grandes classes : 1° celle des dégénérés héréditaires; 2° celle des délirants chroniques.

La classe des dégénérés héréditaires comprendrait les délires systématisés plus ou moins cohérents qui ont été précédemment signalés et qui en réalité sont bien difficiles à classer. Celle des délirants chroniques aurait pour représentant le délire des persécutions de Lasègue augmenté d'une période, celle du délire des grandeurs, et terminé par la démence, folie systématique par excellence.

Il s'agit de savoir si cette division est légitime, si la dégénérescence mentale joue un rôle dans les psychoses ? S'il y a une folie caractérisant la dégénérescence mentale ? S'il y a une folie systématique progressive à quatre périodes.

Les uns (Paul Garnier, Briand, Lwoff) soutiennent l'existence du délire chronique tel qu'il est formulé par Magnan. Pour distinguer un délire systématisé dégénératif d'un délire chronique pur il faut envisager : « l'état mental du sujet, les syndromes épisodiques développés sur cet état mental, enfin l'évolution, l'allure particulière et les caractères spéciaux des *délires multiples* qui se produisent chez le même individu. » La dégénérescence, productrice de ces délires multiples, résulte non seulement de la notion des tares héréditaires constatées chez les ascendants, mais encore des influences nuisibles qui ont pu agir pendant la conception, la vie fœtale et la première jeunesse. Quant au délire chronique, il peut germer sur des héréditaires mais non sur des dégénérés, et il a ceci de particulier, qu'une fois développé il suit son cours systématique et progressif sans désemparer jusqu'à ce que le malade soit tombé en démence.

M. Falret n'admet pas que le délire des grandeurs que l'on rencontre dans le délire des persécutions se substitue à celui-ci ; il s'y joint. Et, ajoute M. Delasiauve, il s'y joint aux périodes les plus différentes, voire au début, l'évolution indiquée par M. Magnan concernant des faits exceptionnels (Christian)

C'est aussi l'avis de M. Ball qui critique l'expression de délire chronique et préfère le nom de maladie de Lasègue pour désigner le délire des persécutions. M. Dagonet pense que celui-ci peut aussi évoluer sans idées de grandeur et ne se termine pas nécessairement par la démence.

M. Camuset est d'avis que le délire chronique englobe un grand nombre de psychoses analogues, débutant et évoluant suivant une règle immuable, ne s'observant que chez les sujets non dégénérés, normaux jusqu'au début de leur affection. Les vésanies essentielles comprendraient alors deux grandes classes: 1° celle des folies chroniques régulières ou délires chroniques; 2° les folies *irrégulières* ou délires des dégénérés.

La tare héréditaire, qui peut du reste être constatée chez les délirants chroniques, n'est point synonyme de dégénérescence, mais la notion de la dégénérescence est trop compréhensive, car les signes de dégénérescence sont tellement nombreux qu'on peut se demander à bon droit « s'il existe des individus assez privilégiés pour être absolument exempts de toute tare de dégénérescence ». C'est une atténuation des opinions de Magnan qui exigent, ainsi que l'a fait remarquer Ball, la contemplation des malades pendant toute leur vie, à la condition que le médecin qui les observe ne meure pas lui-même, tant pour établir la notion de la dégénérescence que pour formuler le diagnostic de délire chronique. Et encore n'est-on pas bien sûr de ne pas commettre des erreurs comme l'a montré Séglas et comme l'a reconnu M. Magnan.

M. Marandon de Montyel, contrairement à MM. Ball et Pichon qui pensent que beaucoup d'ambitieux n'ont jamais été persécutés et que beaucoup de persécutés ne deviendront jamais ambitieux, a connu très peu de persécutés qui n'aient eu, pendant leur existence, des idées de grandeur, et n'a jamais vu de délire systématisé aboutissant à la démence sans une phase mégalomaniaque préalable. Il serait légitime, à son sens, de donner le nom de Lasègue à la seconde période (des persécutions) du délire chronique, et celui de Foville à sa troisième période (mégalomaniaque). Mais, en réalité, pour lui, le *délire chronique* englobe toutes *les espèces de délires systématisés*. Telle est la doctrine unitaire formulée par Gérente en 1883, et par Régis en 1885. Les diversités de ces délires tiennent à la différence d'explications des sensations morbides sur lesquelles repose la *déviation du raisonnement*.

C'est reconnaître implicitement les opinions des auteurs allemands ayant fabriqué ou adopté, à la suite de leurs explications mécaniques, les mots Wahnsinn (composé de délire et sens) — Verrücktheit (déplacement de l'esprit). — Paranoïa (synonyme grec de Verrücktheit). Wahnsinn offre, de plus, cette particularité qu'il peut servir à désigner un délire plutôt systématisé ou un délire à éléments peut-être systématiques mais plutôt hallucinatoire : dans le premier cas à lui seul il signifie sens délirant, dans le second on le retourne et on a, comme l'a fait Herz, Sinnenwahn, c'est-à-dire délire sensoriel synonyme d'hallucinatorischer Wahnsinn.

On arrive aux mêmes constatations en reprenant les trois possibilités de Falret. 1° Ou bien les idées de grandeurs arrivent chez les persécutés par déduction logique ; 2° ou bien elles sont spontanées et provoquent des idées de persécution ou servent à les coordonner; 3° ou bien enfin elles dérivent des hallucinations sensorielles. Fréquemment aussi il existe une période latente au cours de laquelle il est difficile d'établir s'il y a ou non de la mégalomanie.

La même observation nous serait suggérée par la classification des idées morbides de persécution de Charpentier en idées de persécution pouvant aller jusqu'au délire d'origine traumatique ou chirurgicale — idées de persécution pendant et après les maladies aiguës — persécutés à idées délirantes empruntées aux délires — idées délirantes de persécution simulant celles de l'ivresse (fausses ivresses) — mélancoliques devenant persécutés — persécutés par pléthore congestive — persécutés arthritiques par mélancolie torpide — persécutés avec hallucinations et délire systématique (sensoriels, psychiques, psycho-sensoriels) — persécutés devenant mégalomanes.

Telle est la synonymie française, reconnue par les Allemands, des formes chroniques du délire systématisé ou *paranoïa chronique*. Ils considèrent, qu'en ce qui a trait aux *formes aiguës de la Paranoïa*, c'est le récent travail de Chaslin qui présente l'état de la question en France.

Toutes les psychoses aiguës « qui ne sont ni des manies, ni des mélancolies, ni ce qu'on appelle des délires des dégénérés » méritent en effet, d'après lui, le nom de *confusion mentale primitive*. Il la définit : « une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du

système nerveux central (très souvent consécutif, pour les auteurs les plus récents, à l'infection ou à l'auto-intoxication), et qui doit être séparée de ce qu'on appelle la dégénérescence. C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes ; elle revêt souvent le caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination du processus de l'association des idées, de la perception, de l'aperception personnelle; elle peut être ou non accompagnée d'agitation motrice, ou de dépression, ou de stupeur. Le ton émotionnel est souvent indifférent, ou, au contraire, présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle me paraît mériter le nom de confusion mentale sous laquelle elle a été décrite en France, en ajoutant *primitive* afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais *secondaire.* » Chaslin admet d'ailleurs que certaines observations de Kahlbaum (catatonie cataleptiforme) sont de la confusion mentale ou *Verwirrtheit.* Il se réfère aussi aux travaux de Delasiauve (1851), Becquet (1866) et de Dagonet (1872). Il ne lui donne pas moins vingt-huit synonymes qui sont :

Démence aiguë (Esquirol, Brierre de Boismont) ;
Stupidité, stupeur (Georget, Ferrus, Delasiauve, Dagonet);
Confusion, confusion hallucinatoire (Delasiauve);
Délire de dépression (Lasègue);
Délire d'inanition (Becquet);
Torpeur cérébrale (Ball);
Acute primœre Verrücktheit (Westphal);
Hallucinatorischer Wahnsinn (de Krafft-Ebing);
Hallucinatorische Verwirrtheit (Meynert, Fritsch);
Verwirrtheit (Wille);
Délire asthénique aiguë (Mayser);
Acuter Wahnsinn (Schuele);
Hallucinatorische Verworrenheit (Konrad, Scholz, Salgo);
Asthenische und hallucinatorische Verwirrtheit (Krœpelin);
Hallucinatorisches Irresein (Fuerstner);
Dementia generalis ou subaiguë (Tilling);
Manie hallucinatoire (Mendel);
Amentia (Meynert, Serbsky);

Dysnoia, psychose polynévritique (Korsakow);
Délire sensoriel (Scherschetsky);
Folie générale (Rosenbach);
Paranoïa aiguë ou hallucinatoire (divers auteurs);
Primary confusional insanity (Spitzka);
Acute hallucinatory confusion (Spitzka);
Stupor, delusional stupor (Hayes, Newington);
Acute confusional insanity (Conolly Norman);
Frenosi sensoria acuta (Morselli);
Stupidita (Morselli).

Séglas, dans sa revue magistrale sur la paranoïa, en rejette la *Verrücktheit aiguë*, de Westphal, dont nous avons examiné plus haut toutes les modalités, il en fait des épisodes mélancoliques ou maniaques plus ou moins accentués.

La littérature anglaise désigne les délires de la paranoïa sous les noms de *delusional insanity*, qui doit remplacer l'expression de monomanie (Buknill et Tuke); on leur attribue ce caractère commun de se traduire par des idées délirantes et des hallucinations sensorielles, avec conservation de l'intelligence et de la mémoire (Wiglesworth); en dehors de ces deux éléments morbides, les malades ressemblent tout à fait à des gens sains d'esprit (Savage). Spitzka, en Amérique, a conservé le nom de monomanie, mais dans le cas qu'il décrit, il signale l'affaiblissement des facultés et une tare héréditaire considérable.

Qui ne connaît, depuis le travail de Séglas, la littérature et et les opinions *italiennes* sur ce sujet. Pour M. Cramer, Morselli et Buccola ont, sous le nom de folie systématisée (*pazzia sistematizzata*), distingué deux catégories : 1° les délires systématisés ayant pris naissance sur un terrain préparé, sur une unité mentale ayant subi préalablement des anomalies de développement. C'est, dit-il, la folie systématique originelle *originœre Verrücktheit*) de Sander; 2° les délires systématisés survenant sur un terrain parfaitement développé.

Réunissant le tout sous le nom de *paranoïa*, Amadei et Tonnini présentent la classification suivante :

I. Paranoïa dégénérative.	A. originelle. .	*a.* simple.
		b. hallucinatoire.
	B. tardive . . .	*a.* simple.
		b. hallucinatoire.

II. Paranoïa psycho-névrotique	A. Primitive	a. aiguë curable.	α. simple.
			β. hallucinatoire.
		b. incurable.	α. simple.
			β. hallucinatoire.
	B. Secondaire.	a. postmaniaque.	
		b. postmélancolique.	

Raggi conteste la notion de la dégénérescence mentale, ces malades n'ayant pas plus de tares héréditaires que les autres.

Mais Tanzi et Riva disent en propres termes : « La paranoïa est une psychose fonctionnelle sur un fonds dégénératif, caractérisée par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une extrême déchéance, ni un désordre général, s'accompagnant presque toujours d'hallucinations et d'idées délirantes permanentes plus ou moins coordonnées en *système*, mais indépendantes de quelque cause occasionnelle fixe que ce soit et de tout élément morbide émotif, dont l'évolution, sans être toujours uniforme ni continue, est, cependant, essentiellement chronique et qui ne tend généralement pas, par elle-même, à la démence.

« Les psychiâtres allemands, en particulier Schuele et de Krafft-Ebing, ont fait une heureuse application de la théorie de Morel sur la dégénérescence, en plaçant la paranoïa dans ce groupe psychopathique, non seulement à raison de la coïncidence simultanée des tares héréditaires et de la paranoïa, mais encore par suite de l'analogie qu'offre cette forme psychique dégénérative avec les autres maladies mentales quant à la marche, la terminaison, et quelques caractères symptomatiques.

« Des documents statistiques prouvent suffisamment que la paranoïa dépend de l'involution dissolvante de l'espèce (dégénération). »

Les mêmes auteurs reconnaissent aussi une paranoïa rudimentaire. Salemi-Pace admet une paranoïa simple et une paranoïa dégénérative. Par contre, Angelo Zuccharelli décrit une *paranoïa primitive* à idées de persécution et marche chronique indépendante de tout terrain dégénératif (*folie systématique chronique primitive*).

Morselli et Tambourini reviennent à la paranoïa rudimentaire, ou par obsession. Avec Morselli, on voit renaître : la paranoïa originelle dégénérative, due à la dégénérescence; la paranoïa rudimentaire, ou psychopathie constitutionnelle;

quant à la paranoïa aiguë (*frenosi sensoria acuta*) — et à la paranoïa secondaire — ce sont des psychonévroses tout à fait distinctes des deux premières, qui sévissent sur un cerveau ayant bénéficié de son entier dépeloppement.

Nous n'avons plus qu'à mentionner la *littérature russe*. Les termes qu'on y rencontre sont calqués sur la bibliographie allemande ou sur la bibliographie française, suivant les manières de voir adoptées par les savants slaves.

C'est le travail russe[1] de M. Korsakow qui montre le mieux la connexion des termes et des doctrines.

On y trouve par exemple la classification admise par la Société des psychiâtres de Saint-Pétersbourg dans sa séance du 5 avril 1886 (p. 176). Elle comprend treize formes : la mélancolie ou folie sombre, — la manie, — la paranoïa ou folie systématique primitive (*perwitschnoe soumasschestvie*) aiguë ou chronique, — la démence (*slaboomie*) consécutive à la manie, à la mélancolie, à la paranoïa, aux lésions cérébrales organiques, à la sénilité, — la paralysie générale progressive, — les psychoses (*pomieschateillstvo*) hystériques, épileptiques et périodiques, — le delirium tremens, — le délire (*bredd*) aigu, — l'imbécillité, — l'idiotie et le crétinisme, — les cas particuliers.

Après avoir reproduit la nomenclature admise par le Congrès international de Paris (1889), M. Korsakow s'exprime ainsi :

Ces deux classifications ne donnent pas complètement satisfaction aux exigences des nosographes, aussi les travaux relatifs à la confection d'une classification plus appropriée, se poursuivent-ils encore actuellement.

En proposant une nouvellerépartition des dérangements psychiques, j'ai en vue : 1° d'appliquer à chaque forme de dérangement mental une dénomination définie; 2° de fournir une classification satisfaisant par sa forme essentielle aux nécessités de la clinique.

Le tableau de la classification nouvelle de M. Korsakow avec la synonymie qui ressort de la lecture de ses développements (pathologie spéciale, p. 292 et suivantes) indiquera sur-le-champ ses manières de voir.

[1] *Kours psichiatrii*. Moscou, 1893.

PREMIÈRE CLASSE.

DÉSORDRES PSYCHIQUES, SYMPTOMATIQUES ET ÉPHÉMÈRES.

- *A*. Etats psychopathiques liés aux maladies générales somatiques.
  1. Délire fébrile.
  2. Etats psychopathiques dans les maladies générales, indépendant de la fièvre.
  3. Délire du collapsus.
  4. Confusion mentale (*spoutannostj*) asthénique.
  5. Délire nerveux traumatique.
  6. Etats comateux, etc.
- *B*. Etats psychopathiques par suite d'empoisonnement.
  1. Empoisonnement par les boissons alcooliques; ivresse.
  2. Autres empoisonnements.
- *C*. Etats psychopathiques passagers indépendants.
  1. Manie (*bouistvo*) transitoire.
  2. Somnambulisme.
  3. Emotivité pathologique. Absence intellectuelle (*oumoizstouplenie*) momentanée.
  4. Autres états psychopathiques passagers (états impulsifs, hypnotiques, etc.)

DEUXIÈME CLASSE.

PSYCHOSES ET CONSTITUTIONS PSYCHOPATHIQUES.

A
1re SECTION. FORMES FONDAMENTALES DES PSYCHOSES.

1. Mélancolie.
   - Dysthymie (mélancolique).
   - Mélancolie typique. Lypémanie.
   - Mélancolie avec stupeur.
2. Manie.
   - Manie avec exaltation.
   - Manie typique.
   - Manie grave.
3. Divagation (*bezsmouislie*) à développement aigu, *amentia* de Meynert. Dysnoïa. Vésanie complète.
   - *a*. Dysnoïa abortive.
   - *b*. Dysnoïa délirante, divagation délirante aiguë (*bezsmouislie*) ou folie hallucinatoire aiguë (*pomieschateilstvo*) *Wahnsinn*.
   - *c*. Dysnoïa stupide, stupidité, démence (*slabooumie*) aiguë primitive, curable.
   - *d*. Dysnoïa démentielle.

A. 1re SECTION. FORMES FONDAMENTALES DES PSYCHOSES. (*Suite.*)

- 4. Folie systématique (*pomieschateilstvo*) primitive. Paranoïa *primære verrücktheit.* Paranoïa primordiale.
  - 1. Paranoïa aiguë et subaiguë.
  - 2. Paranoïa chronique.
    - *a.* Délire (*bredd*) typique des persécutions, paranoïa persecutoria, délire chronique à évolution systématique (Magnan).
    - *b.* Folie de chicane.
    - *c.* Folie religieuse.
    - *d.* Folie érotique.
    - *e.* Autres formes.
- 5. Formes mixtes.
  - 1. Vésanie (*oumopomieschateilstvo*) mélancolique.
  - 2. Vésanie catatonique.
  - 3. Autres formes mixtes.
- 6. Etats consécutifs.
  - 1. Paranoïa secondaire.
  - 2. Démence secondaire.

B. SECONDE SECTION. CONSTITUTIONS PSYCHOPATHIQUES.

- 1. Psychoses périodiques ou intermittentes.
  - *a.* Formes périodiques simples.
  - *b.* Formes circulaires.
- 2. Psychopathie dégénérative originaire, constitution psychopathique originaire. Dégénérescence héréditaire.
  - 1. Déséquilibration (*neouravnovieschennostj*) générale.
  - 2. Paranoïa originaire.
  - 3. Folie contagieuse.
  - 4. Boutades délirantes des dégénérés. — Délire d'emblée chez les dégénérés héréditaires. — Démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires (hébéphrénie).
  - 5. Folie raisonnante.
  - 6. Folie morale.
  - 7. Ferversion sexuelle.
  - 8. Folie impulsive.
  - 9. Syndromes encore non classés.
- 3. Psychoses neurasthéniques.
- 4. Psychoses neurasthéniques, codégénération
  - 1. Psychoses à forme d'obsession. — Paranoïa abortive de Westphal. — Psychose idoobsessorives. — Obsessions morbides.
  - 2. Hypocondrie et psychoses hypocondriaques.
- 5. Psychoses épileptiques.
  - *a.* Dégénérescence psychique des épileptiques.
  - *b.* Psychoses épi eptiques passagères.
  - *c.* Psychoses épileptiques enlacées.

B
Seconde section. Constitutions psychopathiques.
(*Suite*).

6. Psychoses hystériques.
   - *b.* Dégénérescence psychique des hystériques.
   - *c.* Formes passagères de désordre psychique, hystérique.
   - *d.* Formes enlacées de désordre psychique, hystérique.
   - *e.* Psychoses sur un terrain hystérique.
7. Psychoses choréiques.
8. Autres psychoses névrosiques (par maladie de Basedow, etc.).
9. Désordres psychiques constitutionnels par suite de traumatisme.
   - *a.* Psychoses traumatiques propres.
   - *b.* Neuropsychoses traumatiques.
10. Désordres psychiques constitutionnels à la suite d'affections cérébrales (en particulier psychiques).
11. Désordres psychiques constitutionnels à la suite des empoisonnements chroniques.
    1. Alcoolisme chronique, dégénérescence psychique des ivrognes.
    2. Morphinisme.
    3. Cocaïnisme.
    4. Autres intoxications et auto-intoxications.

C
Troisième section. Désordres psychiques organiques.

1. Délire aigu.
2. Paralysie générale progressive.
3. Démence sénile.
4. Fausses paralysies; pseudo-paralysies.
5. Débordements vagues des maladies organiques se traduisant par des symptômes psychiques.
6. Psychose polynévritique.
7. Syphilis cérébrale.
8. Démence par lésions circonscrites du cerveau.

TROISIÈME CLASSE.

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUES.

1. Idiotie.
2. Imbécillité.
3. Crétinisme.

Nous retrouvons dans cette classification figurant en des cadres divers, les trois types de la folie systématique ou à idées délirantes de persécution et de grandeur, avec toutes les variétés produites par la prédominance d'un des éléments : délire, hallucinations, confusion intellectuelle.

Dans la grande majorité des cas, dit M. Korsakow, la paranoïa apparaît comme une maladie chronique, jusqu'ici toujours incurable. Mais les observations démontrent qu'il y a des circonstances dans lesquelles, d'après l'analyse psychologique de l'état du malade, sa maladie doit être rangée dans la paranoïa, seulement c'est une paranoïa à début assez rapide, à guérison possible et parfois accélérée. Il s'agit donc alors d'une paranoïa aiguë ou subaiguë ; il y a dans l'espèce délire primitif rapide dans son apparition et sa disparition. Ces deux formes-là se rapprochent beaucoup de l'*amentia délirante.* Ce qui sépare cette dernière maladie (appelée par beaucoup d'auteurs délire hallucinatoire aigu) de la paranoïa aiguë, c'est l'obnubilation de la conscience ; la paranoïa aiguë est donc une forme de transition entre la paranoïa chronique et l'amentia.

De même le délire asthénique est précisément à la limite des états psychopathiques passagers et des maladies psychiques bien déterminées, telles que l'amentia de Meynert et la psychose polynévritique ; en conséquence, quand il débute, dans les premiers jours d'une confusion mentale asthénique, il est impossible de dire si nous n'avons affaire qu'à un désordre éphémère ou si nous sommes au début d'une affection longue.

La folie systématique primitive (*paranoia primordialis-primære verrücktheit — pervétschnoe pomieschateilstvo*) aiguë, subaiguë ou chronique, n'est, d'après le savant russe, pas une affection dégénérative.

La *paranoïa secondaire* est constituée, suivant lui, par les éléments du délire existant à la période aiguë des maladies et survivant à cette période aiguë ; on en a un exemple dans la mélancolie avec délire et hallucinations ; la période aiguë disparaît emportant l'état dépressif et l'angoisse, le délire demeure et s'organise.

Les formes mixtes sont représentées par les observations dans lesquelles coexistent les caractères de la mélancolie, de la paranoïa, et quelquefois de l'amentia ; on enregistre des idées délirantes de grandeur et de persécution, un état mélancolique ou maniaque, des accidents hystériformes, cataleptoïdes, etc.

Nous retrouvons la paranoïa dans le groupe de la dégénérescence (*paranoia originaria*). Chez beaucoup de dégénérés (nous citons M. Korsakow), il existe une tendance à une association d'idées incorrectes ; il en résulte des assemblages sem-

blables à des idées fausses (superstitions, préjugés). Aussi interprètent-ils incorrectement leurs rapports avec le monde extérieur Chez quelques-uns, cette déviation du raisonnement prédomine, on la constate dès l'enfance, elle les conduit à former un *delire systématique* (*sistematizi rovanni*) durable. C'est ainsi que se développe une paranoïa innée. Cette paranoïa, par la teneur de son délire, ressemble au type commun de la paranoïa chronique, son seul caractère distinctif, c'est que le début de la folie systématique (*pomieschateilstvo*) remonte à l'âge le plus tendre.

Au chapitre des syndromes non classés, voici ce que dit l'auteur. Il est impossible d'énumérer tous les aspects des penchants exagérés des persécutés, des dégénérés. Nous ferons encore connaissance avec quelques-uns d'entre eux quand nous décrirons la *folie systématique* (*pomieschateilstvo*) par *obsessions*. Les obsessions sont phénomènes fréquents chez les dégénérés. Magnan en fait même un des symptômes psychiques les plus graves de la dégénérescence héréditaire ; il croit que chez presque tous les dégénérés il existe à un degré plus ou moins accentué, et, pour le moins, à l'état épisodique, des idées obsédantes, ou telles et telles anomalies des penchants. Il y joint les syndromes épisodiques chez les dégénérés héréditaires ; épluchant les commémoratifs d'une personne chez laquelle on soupçonne une des formes dégénératives héréditaires, il cherche avec soin ces éléments à quelque période de la vie passée, pour confirmer la dégénérescence supposée. D'accord ! ces phénomènes sont très fréquents chez les dégénérés, mais il y a des cas de dégénérescences inaccessibles à cette démonstration.

Enfin, contrairement à Meynert, M. Korsakow sépare le *délire aigu* de l'amentia à cause de l'élévation thermique, tout en ne se sentant pas en mesure de réfuter l'opinion des psychiâtres qui tiennent le délire aigu pour un état particulier pouvant se joindre à diverses maladies mentales. Le dosage des éléments morbides qui nous occupent est par conséquent affirmé à chaque pas dans ce traité de pathologie mentale. La classification en représente nettement la progression.

(*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXXVII. Note sur l'amnésie rétrograde après des tentatives de suicide par pendaison; par le Dr E. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux. (*Archives clin. de Bordeaux.*)

L'amnésie rétrograde ou rétroactive est la perte de la mémoire des faits antérieurs. Les traumatismes du crâne et les commotions morales violentes la déterminent fréquemment. Signalée à la suite de la pendaison, elle devrait être alors attribuée, d'après Sollier, à des traumatismes craniens antérieurs à la strangulation. Cet auteur prétend, en effet, dans son excellent ouvrage sur les *Troubles de la mémoire*, que l'amnésie rétrograde ne se manifeste que dans les cas de strangulation criminelle et que « lorsque la strangulation a été volontaire, comme dans le suicide par pendaison, il ne croit pas que l'amnésie ait été signalée ». C'est pour rectifier cette opinion erronée « d'un auteur justement estimé » que M. Régis entreprend ce travail.

M. Régis a trouvé dans la littérature médicale un certain nombre de cas d'amnésie rétrograde à la suite des tentatives de suicide par pendaison. Ch. Féré et Bréda en 1886, dans cette revue même, Terrien en 1887 (*Progrès médical*) en ont publié des exemples. M. Bourneville cite à la suite des faits de Terrien une observation parue en 1870 dans *The Lancet*, où un malade « ne voulait pas dire pourquoi il s'était pendu et n'avait aucun souvenir de ce qui lui était arrivé. »

Butakow (1890), Wagner (1891) ont signalé des faits analogues. Les cas de Wagner provoquèrent même de la part de Möbius des affirmations pathogéniques contradictoires. Ce dernier, en effet attribuait à l'hystérie, les phénomènes convulsifs et l'amnésie que Wagner mettait sur le compte d'un trouble de nutrition dû à la strangulation. Quoi qu'il en soit, un fait bien établi, c'est que l'amnésie rétrograde après les tentatives de suicide par pendaison existe et n'est même pàs absolument rare. M. Régis à ce propos publie l'intéressante observation suivante :

« Un matin du mois de novembre 1887, vers 7 heures, je suis appelé en hâte auprès d'un malade de l'asile d'aliénés de X..., qui venait de se pendre. C'était un homme de soixante et un ans, atteint de lypémanie anxieuse avec délire de culpabilité imagi-

naire et d'indignité, peur de l'excommunication et de l'enfer, refus d'aliments, propension très marquée au suicide, etc.

L'interne, en faisant sa tournée du matin, l'avait trouvé accroché par sa serviette au boulon du volet intérieur de la fenêtre de sa chambre qu'on venait d'entr'ouvrir, environ à $1^{m},50$ de hauteur. Les genoux, repliés sur eux-mêmes, touchaient presque le sol ; la tête était inclinée en avant et à droite, la joue gauche appuyée fortement contre le volet ; la langue était pendante et tuméfiée, le pantalon mouillé d'urine. Après l'avoir décroché en le soulevant, puis étendu et dégagé de ses liens, l'interne était venu me chercher.

A mon arrivée, je trouvai M. X... ne respirant plus, insensible, les pupilles dilatées, avec toutes les apparences de la mort. Je pratiquai la respiration artificielle, qui finit au bout d'un certain temps par amener un très léger mouvement de respiration, et à partir de ce moment j'activai le retour de cette fonction par l'adjonction de flagellations énergiques. Vers dix heures, la vie commença véritablement à revenir et je pus quitter le malade ; mais ce ne fut que le soir, vers six heures, qu'il reprit entièrement connaissance.

Je ne sais si, dans l'intervalle et durant mes absences, il eut des convulsions et des mouvements automatiques de la marche ; je ne les constatai pas pour ma part et ils ne me furent pas signalés. Il faut dire aussi que je ne me préoccupai aucunement de l'existence possible de ces phénomènes. Mais le fait qui me frappa fut le suivant. Le soir même, lorsque M. X... fut revenu à lui, j'essayai de l'interroger sur sa tentative de suicide et de le gronder doucement à ce sujet. A ma grande surprise, il eut l'air de ne pas savoir de quoi je lui parlais et quand je lui déclarai nettement qu'il savait bien qu'il avait voulu se pendre, il demeura comme stupéfait. Ma première pensée fut qu'il dissimulait. Avec les aliénés, en effet, il faut toujours songer à la dissimulation et il en est beaucoup qui nient leurs tentatives de suicide soit par réticence pure, soit pour pouvoir recommencer à l'aise. Aussi mis-je comme un point d'honneur à obtenir du malade un aveu, de sorte que pendant plusieurs jours je le retournai pour ainsi dire en tout sens, essayant même de le faire confesser par l'interne ou par son fils, qu'il adorait ; à toutes les questions, à toutes les instances, il opposa les dénégations les plus absolues, se refusant à croire aux détails qu'on lui donnait de l'accident, allant, malgré ses craintes religieuses, jusqu'à prendre Dieu à témoin de sa sincérité. Finalement, j'arrivai à croire qu'il disait vrai et qu'il avait en effet perdu le souvenir de sa tentative de suicide, ce qui, je l'avoue, me surprit fort à ce moment. En l'interrogeant dans ce sens, je m'assurai même que la lacune de sa mémoire remontait en arrière jusqu'à la veille, au moment du repas du soir, et qu'elle s'étendait en avant à toute la période

de ranimement, à ce point que M. X... ne se rappelait avoir eu ni perte de connaissance, ni malaise quelconque. Il s'agissait donc bien d'une *amnésie rétrograde* ou plus exactement *rétro-antérograde* et je restai convaincu que les tentatives graves de suicide par pendaison pouvaient s'accompagner d'une perte lacunaire du souvenir, tout comme les traumatismes du crâne ou les violents chocs moraux.

Je dois dire que cet événement n'eut aucune influence sur l'état mental du malade, dont le délire mélancolique et anxieux persista avec la même acuité jusqu'au moment où, deux mois après, il fut repris par sa famille et ramené dans son pays. »

M. Régis est d'avis que la rareté de ces cas diminuera dès que l'attention des médecins aliénistes y sera portée. La submersion diffère donc à ce sujet de la pendaison, car s'il faut en croire l'article publié dans la *Revue scientifique* sur les *sensations d'un noyé* par M. A.-C. Hartley, le souvenir des faits survenus jusqu'au moment de l'inconscience est conservé avec une précision parfaite dans la submersion.

Quant à la pathogénie de l'amnésie, M. Régis croit que les diverses opinions émises par les auteurs allemands sont moins inconciliables qu'elles le paraissent.

« L'amnésie traumatique, dit-il, l'amnésie par choc moral ou hystérique, par absorption des gaz délétères, ou par pendaison-suicide, seraient pour moi également d'ordre toxique et c'est parce qu'elles sont commandées par une cause unique, l'*auto-intoxication*, qu'elles sont cliniquement les mêmes. A l'appui de cette manière de voir, on pourrait invoquer de nombreux arguments, notamment les travaux récents et déjà bien connus démontrant l'importance de l'auto-intoxication soit dans les grandes commotions physiques et morales, soit dans les accidents de l'hystérie. J'ajoute, et c'est là à mon sens un fait important, que l'amnésie rétro-antérograde peut être observée, indépendamment de toute attache d'hystérie, d'alcoolisme ou de trauma, dans les maladies infectieuses fébriles, ainsi que Sciamanna vient de le démontrer. L'amnésie, avec ses divers caractères, se rencontre donc à la base et comme expression dominante des divers états toxiques, depuis l'alcoolisme et ses analogues jusqu'aux maladies infectieuses fébriles, aux polynévrites, aux ictus opératoires, etc. ; si bien qu'on peut raisonnablement se demander aujourd'hui si toute manifestation grave d'amnésie ne correspond pas à des phénomènes *d'extra* ou *d'auto-intoxication*. »

En terminant cet intéressant mémoire, M. Régis examine l'influence que peut avoir un choc émotionnel violent, tel qu'une tentative grave de suicide, sur la marche d'une maladie mentale. Parfois l'influence est favorable ; dans d'autres cas, elle est nulle, et l'observation qu'il a publiée rentre dans ce dernier cas; sans qu'il soit possible, dit-il, d'indiquer les raisons de cette différence.

J. Noir.

XXXVIII. Observation d'un cas de névrose traumatique; par le Dr Derode. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.)

Une jeune fille, sans antécédents névropathiques, conduisait des bestiaux à la campagne. Au moment où elle traversait la voie du chemin de fer, elle fut surprise par l'arrivée d'un train. Deux de ses bêtes furent écrasées sous ses yeux. Elle-même fut sauvée par un ouvrier qui la retira vivement en arrière au moment où la machine allait l'atteindre. Elle n'avait aucune blessure, mais elle perdit imédiatement connaissance et resta trois jours dans cet état.

Cette jeune fille resta ensuite alitée pendant cinq à six semaines; dans la journée elle était calme, inerte, indifférente à tout ce qui l'entourait, pleurant fréquemment. La nuit elle était agitée, sujette à des accès d'anxiété avec cris, rêves ou délire pendant lequel revenaient constamment les images du train qui s'avançait sur elle et allait l'écraser.

L'examen de la malade révèle les phénomènes suivants : diminution dans les divers modes de la sensibilité, rachialgie, rétrécissement concentrique du champ visuel, affaiblissement considérable du pouvoir musculaire, tremblement, résistance aux excitations électriques, exagération des réflexes, troubles vaso-moteurs, etc. Ces signes de névroses s'accompagnaient d'un état de dépression mélancolique. Se fondant sur ses constatations et sur l'absence de tout antécédent morbide, les experts nommés, à l'effet de savoir s'il y avait lieu d'accorder à cette jeune fille des dommages-intérêts, conclurent à l'existence d'une névrose traumatique hystériforme probablement incurable. G. D.

XXXIX. Sur la nature systématique du tabes dorsal; par le Dr Borgherini.

L'auteur a étudié une malade atteinte de tabes incipiens vrai, compliqué d'une insuffisance aortique qui peu après entraîna la mort; sur la moelle de cette malade il est arrivé, grâce à de nombreuses préparations, à reconstituer en totalité la lésion anatomique, avec tous ses degrés de siège et d'intensité.

En superposant selon leur siège normal les diverses coupes de la moelle, on relève de suite, dans la lésion des cordons postérieurs, deux maxima absolus d'intensité, l'un à la hauteur de la deuxième racine lombaire, l'autre à la hauteur de la cinquième cervicale.

Partant de ces deux maxima absolus, la dégénération suit, tout le long de la moelle, un parcours spécial : à partir du maximum inférieur, elle décroît en largeur et en intensité soit par en bas jusqu'aux dernières racines sacrées, soit par en haut, jusqu'aux

premières racines dorsales. A partir du maximum supérieur, elle décroît pareillement en haut vers les premières racines cervicales et en bas vers la première dorsale.

La lésion porte surtout sur le faisceau de Burdach et mieux encore sur la portion de celui-ci que Flechsig a désignée sous le nom de zone radiculaire moyenne; elle correspond, comme siège, à un système de fibres qui se développe, pendant la vie fœtale, à une époque intermédiaire à celle où se développent les fibres de la zone radiculaire antérieure et celles des diverses parties dont se compose la zone radiculaire postérieure.

Parallèlement à cette lésion du faisceau de Burdach, on observe une autre lésion qui correspond au centre ovale de Flechsig, lequel chez l'embryon, se développe en même temps que le système de fibres ci-dessus indiqué appartenant à la zone radiculaire moyenne.

La lésion, dans le cas présent, porte donc sur des aires correspondant à des systèmes embryonnaires de fibres. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XL. Note sur la comparaison du béribéri avec la névrite alcoolique au point de vue clinique; par le Dr de Sacerda.

La confusion entre la polynévrite éthylique et le béribéri est souvent difficile à éviter, d'autant plus que dans certains cas le béribérique est en même temps un alcoolique invétéré.

Cependant, au milieu de cette confusion symptomatologique, l'auteur a réussi à fixer certains points de différenciation : dans le béribéri, contrairement à ce qui arrive dans la polynévrite alcoolique ou dans les autres polynévrites de natures diverses, le système nerveux sympathique est fort influencé dès le début de l'affection, tachycardie, souffles doux éphémères à la base, dédoublements du second bruit, tension artérielle abaissée. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XLI. Hémiplégie organique chez un enfant hérédo-syphilitique, a la suite d'une chute; par le Dr Blocq.

Une observation d'hémiplégie motrice complète portant sur les membres supérieurs et inférieurs, le tronc et le facial inférieur du côté droit, hémiplégie survenue brusquement à la suite d'une chute légère et non accompagnée de perte de connaissance.

Il ne s'agissait pas d'hystéro-traumatisme, pas non plus de paralysie infantile. Seule l'origine cérébrale pouvait être incriminée; le début de l'hémiplégie sans ictus apoplectique impliquait incontestablement l'existence d'une lésion cérébrale de peu d'étendue.

Mais d'autre part l'intensité de la paralysie et son extension à toute la moitié droite du corps indiquaient la participation d'une grande partie de la zone motrice. Or, il n'est guère qu'une région du cerveau où se trouvent réunies ces deux conditions du rassemblement en un espace restreint d'un grand nombre de parties motrices, c'est la capsule interne.

Le diagnostic de M. Blocq fut donc lésion de la capsule interne à la suite de désordres vasculaires engendrés directement ou indirectement par une prédisposition d'origine hérédo-syphilitique. (*Revue neurologique*, janvier 1894.) E. B.

XLII. Les diplégies cérébrales infantiles; par le Dr Freud.

Par un ensemble de déductions anatomiques, symptomatiques et étiologiques, l'auteur se voit autorisé à faire de la rigidité généralisée d'origine cérébrale (Little disease, Allgemeine cerebrale starre), de la rigidité paraplégique (tabes dorsal spasmodique des enfants); de l'hémiplégie spasmodique double; et enfin de la chorée congénitale généralisée et de l'athétose double, quatre types qui se tiennent cliniquement de près, et qui sont réunis les uns aux autres par de nombreuses formes de transition et par des cas mixtes, types auxquels on pourrait donner le nom commun de diplégies cérébrales infantiles. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XLIII. Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique; par le Dr Pitres.

L'observation présentée par l'auteur est un nouvel exemple de cette forme de gangrène massive des extrémités, d'origine névritique, sur laquelle il a attiré l'attention en 1885. Il s'agit d'une gangrène développée chez un ataxique avéré, après une longue succession d'épisodes douloureux et de troubles trophiques provoqués, selon toute vraisemblance, par l'évolution des altérations nerveuses périphériques qui ont fini par déterminer la mortification en masse de plusieurs orteils. La violence et la nature des douleurs qui ont précédé cette mortification, l'intégrité dûment constatée de l'appareil circulatoire, l'absence de diabète, d'albuminurie ou de toute autre cause de gangrène dyscrasique ne peuvent laisser place à aucun doute sur l'origine névritique de la gangrène. Et cependant, à l'autopsie, les altérations des nerfs périphériques n'étaient, dans ce cas, ni aussi profondes ni aussi étendues que dans les autres exemples de gangrène névritique déjà décrits.

Cela tient vraisemblablement à ce que le malade n'a succombé que seize mois après le développement de la gangrène. Quand il est mort, l'élimination des parties sphacélées était depuis longtemps achevée, la cicatrisation était complète et les nerfs avaient été le

siège d'un processus de régénération qui leur avait en partie rendu leurs apparences normales. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XLIV. Note sur les troubles de la motilité des organes de la voix et de l'articulation chez les sourds-muets ; par le Dr Féré.

Chez les sourds-muets, non seulement les muscles qui doivent concourir à l'articulation des mots sont inhabiles à exécuter ces mouvements spéciaux, mais encore leurs mouvements sont faibles, lents et peu précis lorsqu'il s'agit d'exécuter des actes vulgaires qui n'ont rien à faire avec la fonction spéciale du langage articulé.

La réalité des troubles de la motilité indépendants de la fonction d'articulation peut être mise en évidence par l'étude de l'énergie, de la rapidité et de la précision des mouvements vulgaires de propulsion ou de latéralité de la langue, de propulsion des lèvres, etc. Les chiffres présentés par l'auteur montrent que l'énergie et la rapidité des mouvements non adaptés à l'articulation présentent un déficit remarquable chez les sourds-muets non éduqués. Ces qualités des mouvements non adaptés se développent en proportion de l'éducation. Le développement parallèle de l'habileté des mouvements adaptés et de la vitesse de l'énergie des mouvements non adaptés semble indiquer que les exercices de force et de rapidité des mouvements non adaptés peut être utile dans l'éducation des mouvements d'articulation. L'expérience a démontré plusieurs fois l'utilité de ces exercices dans le bégaiement. (*Revue neurologique*, 1893.)
E. B.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Observation pour servir a l'histoire du délire des négations ; par le Dr X. Francotte. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.)

Cette observation est celle d'un homme de trente-cinq ans, exempt de tare héréditaire, mais se livrant depuis longtemps à des excès de boissons. A son entrée à son entrée à l'asile, il présentait un état de dépression qui aboutit bientôt à une mélancolie anxieuse, typique et s'accompagna de diverses idées délirantes; c'étaient, en premier lieu, des idées de ruine avec des idées de culpabilité aux-

quelles vinrent s'ajouter des idées de non-existence, portant d'abord sur les objets extérieurs, puis sur sa propre personnalité. Il présenta aussi des hallucinations visuelles, notamment de la zoopsie et des hallucinations du sens musculaire. A diverses reprises il fit des tentatives de suicide.

Au bout de quelques mois, sous l'influence des injections de morphine, les idées délirantes de négation s'effacèrent et peu à peu l'état mélancolique disparut à son tour. G. D.

II. Un cas de fétichisme de souliers; par le Dr Nacke. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.)

Le sujet dont l'observation sert de base à ce travail a présenté durant toute sa vie diverses perversions du sens génital. A l'âge de treize ans, il contractait des habitudes d'onanisme. Plus tard, il éprouvait du plaisir à contempler les pantalons et surtout les souliers des filles qu'il rencontrait dans la rue. Marié à diverses reprises, il eut toujours une attraction particulière pour les souliers de ses femmes : il lui arrivait de les prendre souvent avec lui dans son lit et leur vue l'excitait à l'onanisme.

Ces diverses perversions paraissent relever d'un état de dégénérescence, le sujet qui en a été atteint présentant une hérédité assez chargée et des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. L'auteur se refuse toutefois à considérer ces perversions commes des symptômes de maladie mentale. G. D.

III. Etude sur la pathogénie[1] de la paralysie progressive; par le Dr P. Kovalewsky. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment., de Belgique*, 1894, n° 74.)

On sait que le processus de la paralysie générale progressive est le résultat pour certains auteurs d'une encéphalite interstitielle, et pour d'autres d'une encéphalite parenchymateuse. D'après M. Kovalewsky, ces deux opinions sont également fondées et la cause fondamentale de cette altération primitive de la névroglie dans certains cas et des éléments nerveux dans les autres serait une intoxication d'origine interne ou externe.

Il y a intoxication d'origine interne ou auto-intoxication toutes les fois que le cerveau fonctionne d'une façon exagérée. Les produits de désassimilation qui s'accumulent alors dans les cellules du cerveau les altèrent profondément et finissent par les détruire. Consécutivement, ces substances toxiques irritent les vaisseaux voisins et déterminent une prolifération de la névroglie.

[1] Le mot « pathologie » doit être entendu ici dans le sens de celui de « pathogénie ».

Toutefois, M. Kovalewsky n'admet pas que l'hyperactivité cérébrale ou le surmenage intellectuel puisse à lui seul exercer une action aussi destructive sur les éléments nerveux, il faut que le terrain soit préparé par d'autres conditions telles que les mères vénériennes, la déséquilibration héréditaire du système nerveux, etc.

Les intoxications d'origine externe susceptibles de produire la paralysie générale sont assez nombreuses : il faut placer en première ligne le virus syphilitique et ensuite un certain nombre de substances toxiques, telles que l'alcool, le plomb, le mercure, etc. La diversité de ces agents toxiques serait en rapport avec les différentes formes cliniques de la paralysie générale.

Quant aux paralysies générales d'origine traumatique, elles reconnaissent également pour cause une auto-intoxication. On peut admettre, en effet, que le traumatisme en déterminant un trouble de la circulation du cerveau, modifie la nutrition de ces cellules et donne lieu à la production de composés cliniques qui jouent le rôle de véritables toxines. Dans un certain nombre de cas à cette auto-intoxication vient s'ajouter une intoxication d'origine externe lorsque le sujet qui a éprouvé le traumatisme est un syphilitique, un alcoolique, etc. Dans ces cas le trauma en modifiant la résistance du cerveau favoriserait l'action nocive de l'alcool, de la toxine syphilitique, etc. G. Deny.

IV. De la prédisposition et de l'hérédité dans les maladies mentales; par le Dr Toulouse. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.

S'appuyant sur un certain nombre de considérations théoriques et cliniques, l'auteur établit dans cette note que, dans l'état actuel de nos connaissances, les notions d'hérédité et de prédisposition sont insuffisantes pour expliquer le développement des psychoses; il revendique en outre pour les causes considérées comme simplement occasionnelles et non efficientes de ces psychoses un rôle pathogénique beaucoup plus important que celui qu'on leur accorde généralement. G. D.

V. Craniectomie pour la microcéphalie ; par Jacobi. (*New York Medical Record*, 19 mai 1894, et *British Medical Journal*, 1745.)

Statistique de 33 cas de craniectomie : 14 malades moururent, de 1 à 6 ans, peu de jours après l'opération, du shock ou de toute autre cause ; 19 malades guérirent de l'opération ; quant à la guérison de l'idiotie, voici les résultats : sur un cas, pas de renseignements ultérieurs ; résultat incertain pour un autre; pas de changement pour 7 ; léger changement pour 8 autres, et amélioration

nette dans deux cas seulement. Jacobi confirme l'opinion émise par Bourneville, à savoir que l'opération est inutile et ne peut amener une augmentation de la capacité cranienne.

A. Marie.

VI. Revue critique sur la paralysie générale; par J. Mickle. (*Brain*, part. I, 1894, p. 50.)

VII. Revue critique des récents travaux sur l'hystérie et la neurasthénie; par Michell Clarke. (*Brain*, part. I, 1894, p. 119 et part. II, p. 263.)

Un cas de paralysie pseudo-bulbaire due à des lésions dans chaque capsule interne; dégénérescence des faisceaux pyramidaux directs et croisés; par Colman. *Brain*, part. I, 1894; p. 86. L'auteur est amené à ces conclusions, qu'en l'absence de renseignements on peut baser le diagnostic entre l'hémiplégie double et la paralysie bulbaire sur ce que dans l'hémiplégie double l'affection des membres n'est pas tout à fait symétrique, mais plus marquée d'un côté que de l'autre; qu'il y a absence d'atrophie de la langue dans l'hémiplégie double, et qu'enfin il y a conservation de l'excitabilité électrique dans la langue et le voile du palais dans cette dernière affection.

P. Sollier.

VIII. Les idées fixes; par Hack Tuke. (*Brain*, part. II, 1894, p. 179.)

Dans la première partie de son travail, l'auteur passe en revue et donne des observations des différents types d'idées fixes. Dans la seconde, il se demande quelles sont les conditions cérébrales qui accompagnent les idées fixes. Il y a psychologiquement une désunion des plus hauts centres, et entre les idées saines et les idées fixes il n'y a souvent qu'une différence de degré qui rend souvent la délimitation difficile. Quant aux modifications physiques il est probable que dans le cas d'idées fixes sans folie, il n'y a aucune lésion, et que celle-ci n'apparaît que lorsque le malade, par suite d'une dissolution plus marquée devient incapable de distinguer les idées vraies des fausses.

IX. De l'absence du chevauchement habituel de la partie antérieure des arcades dentaires comme stigmate de dégénérescence; par le Dr Camuset. (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1894.)

Dans la race blanche et à l'époque contemporaine, les arcades dentaires forment deux courbes qui ne sont pas ordinairement tout à fait égales, ni juxtaposables dans toute leur étendue, l'inégalité ne portant que sur la partie antérieure.

En effet, dans la position naturelle des mâchoires fermées et au repos, les incisives et les canines inférieures remontent plus ou moins haut, selon les sujets, derrière les incisives et canines supérieures, en un mot les mâchoires chevauchent. Le chevauchement des dents manque sur les crânes anciens ainsi que sur les crânes modernes dans les races inférieures.

Cette absence du chevauchement des dents antérieures s'observe sur le cinquième des aliénés, alors qu'elle est très rare chez les individus normaux et qu'on ne la rencontre chez eux que dans la proportion de 2 ou 3 p. 100.

Il s'agit là évidemment d'un stigmate de dégénérescence : du reste, sur les 77 aliénés examinés à ce sujet par l'auteur et présentant ce stigmate, 40 étaient des idiots ou des imbéciles et 10 étaient atteints de folie épileptique.

Ce stigmate, non encore signalé, est spécialement intéressant, en ce sens qu'il se rattache sans conteste à l'atavisme. E. B.

X. De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques; par le Dr Klippel. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1894.)

L'auteur, dans un précédent mémoire, a montré que le foie, lésé par l'alcool, pouvait intervenir à son tour dans la production des troubles mentaux. L'alcool peut avoir terminé depuis longtemps son rôle nocif dans l'économie : mais, le foie restant lésé, ses lésions s'effectuent, sourdement et brusquement l'insuffisance éclate sous forme de délire.

L'observation relatée dans le présent travail vient corroborer ces notions intéressantes. Il s'agit d'une malade atteinte de troubles attestant une intoxication chronique par l'alcool avec les symptômes cérébraux que comporte cette intoxication dans les formes légères, et chez laquelle, brusquement, est apparu un délire d'une autre forme, faisant songer à un délire fébrile. Ce délire aigu avec confusion mentale, c'est la brusque intervention de l'auto-intoxication d'origine hépatique : et de fait, à l'autopsie, on trouva une destruction complète du foie, sous forme de dégénérescence graisseuse.

En présence de cette excitation cérébrale intense, avec loquacité, désordre dans les idées et dans les actes, agitation incessante, insomnie, le diagnostic clinique ne laissait pas que d'offrir de grandes difficultés. Les antécédents alcooliques de la malade devaient nécessairement faire songer à une attaque de *delirium tremens*, mais il manquait la fièvre, le tremblement et la prédominance des hallucinations de la vue. Toutefois en présence des antécédents alcooliques, de la circulation veineuse collatérale, abdominale, d'un foie un peu diminué de volume, il était permis de supposer que ce délire à début brusque, apyrétique, à forme

maniaque, auquel conviendrait peut-être mieux le nom de confusion mentale, n'était qu'un délire toxique secondaire à une lésion hépatique, ce que l'autopsie a permis de vérifier. E. B.

XI. Hôpital d'alcoolisés; par le Dr Rouby. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1894.)

Parmi les questions posées, au congrès de Clermont-Ferrand, par M. le Dr Deschamps, conseiller général de la Seine, au sujet de l'édification d'un asile d'alcoolisés, il s'en trouve trois qui intéressent les aliénistes : 1° quelle est la catégorie d'alcooliques qu'il conviendrait d'interner dans cet asile spécial? 2° l'édification de cet asile doit-elle être différente de celle des autres asiles d'aliénés? 3° les services généraux peuvent-ils convenir à la fois à un asile d'aliénés et à un asile spécial d'alcooliques?

M. Rouby répond à ces demandes et avec une compétence toute spéciale, ayant lui-même étudié déjà la question, pour fonder une petite colonie d'alcoolisés dans sa maison de santé d'Alger.

I. — Cet hospice est créé non pour les ivrognes intermittents, pour les aliénés devenus malades sous l'influence de l'alcool, mais pour ceux qu'on pourrait appeler des ivrognes de profession, qui boivent avec excès tous les jours, qui pensent et n'agissent que dans un seul but, celui de se procurer et de boire de l'alcool, quelle qu'en soit la forme; ceux que la police ramasse fréquemment dans les rues et que reçoivent pour quelques semaines tantôt l'asile d'aliénés, tantôt la prison. On recevra principalement parmi ces alcooliques ceux qui sont dangereux pendant l'accès d'ivresse.

Quant aux alcooliques atteints de folie alcoolique aiguë, de délirium tremens, on les placera dans un asile ordinaire pendant cette période d'aliénation et ils seront transférés à l'asile spécial seulement lorsqu'ils n'auront plus qu'à subir le traitement de l'abstinence.

Le but à atteindre est la guérison vraie, sans rechute; pour l'obtenir il faut non seulement que le malade ait recouvré sa raison, mais encore qu'il soit devenu indifférent au vin et à l'alcool, et au point que, rentré chez lui, il ait assez de volonté pour résister à son ancien penchant : c'est dire que le séjour devra être prolongé.

Comme l'hôpital n'est pas un asile d'incurables, mais une maison de traitement, après un maximum de deux années de séjour, le malade sera rendu à sa famille, guéri ou non.

En cas de rechute, l'hôpital ne le reprend plus, même pendant quelques semaines, par la raison que le malade pouvant être considéré comme incurable, sa place n'est plus dans un hôpital de traitement.

II. — L'édification de l'asile doit être différente de celle des autres asiles d'aliénés.

A ce propos, l'auteur indique de façon fort complète quelles sont ses idées, relativement à l'édification, à la disposition générale de cet asile, ainsi qu'à son fonctionnement.

III. — Les services généraux ne doivent pas être communs à un asile d'aliénés et à un hôpital spécial d'alcoolisés.

Cette opinion, soutenue par des arguments, est intéressante à connaître, au moment où le Conseil général de la Seine vient de voter un somme importante qui doit servir à la construction de deux asiles placés l'une près de l'autre, dans la même propriété, l'une servant d'asile à des aliénés femmes, l'autre à un hôpital d'ivrognes. E. B.

XII. La folie blennorrhagique; par le Dr Cullerre. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1894.)

La blennorrhagie est une de ces affections microbiennes dont, jusqu'ici, les rapports avec la folie n'avaient pas été établis par l'observation clinique, bien qu'il soit depuis longtemps démontré que ce n'est pas une affection purement locale, puisqu'elle engendre une forme spéciale de rhumatisme.

Dans le numéro d'avril dernier de la *Riforma Medica*, le Dr Venturi a publié plusieurs cas de folie consécutive à l'infection blennorrhagique : les formes que revêt cette folie sont le plus souvent la stupidité et parfois la manie avec ou sans fureur. Cette manie s'accompagne d'hallucinations et d'un trouble profond de l'idéation, ce qui est tout en faveur de son hypothèse. On sait, en effet, que la confusion mentale, avec ou sans stupeur, accompagnée ou non d'hallucinations et d'agitation, est le type de la folie infectieuse d'après les travaux les plus récents.

M. Cullerre pense que l'infection générale d'origine blennorrhagique n'est pas suffisamment connue pour être admise à l'état de donnée indiscutable, aussi n'est-ce qu'avec réserve et sans se lancer dans le champ des explications hypothétiques, que, pour deux observations publiées par lui dernièrement, il propose d'incriminer l'infection blennorrhagique comme jouant le rôle de cause déterminante de l'affection mentale.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, qui, atteinte de vaginite blennorrhagique, tomba peu à peu dans un état de stupeur panophobique avec confusion hallucinatoire des idées et symptômes de méningo-encéphalite comme on en a signalé un certain nombre de cas à la suite de l'influenza, comme on en observe à la suite des maladies infectieuses aiguës : rien n'y manquait, pas même les idées absurdes de satisfaction et de richesse.

Cette malade qu'on aurait pu croire atteinte de paralysie générale au début, a radicalement guéri dans un délai assez court et, depuis huit ans, la guérison ne s'est pas démentie.

Dans le second cas, l'influence étiologique de l'infection blennorrhagique est tout aussi nette. Les symptômes psychiques ont débuté par une phase hallucinatoire pour continuer par la stupeur, entrecoupée de réactions, tantôt maniaques, tantôt de nature mélancolique : ce sont aussi ceux qu'on rencontre dans les autres folies infectieuses. Dans ce cas, sous l'influence d'une prédisposition héréditaire certaine, l'affection mentale a évolué prématurément vers la démence. E. B.

XIII. La paralysie générale est-elle une maladie infectieuse ? par le Dr Bannister. (*American Journal of Insanity*, 1894.)

L'étiologie de la paralysie générale, ou démence paralytique, est un sujet bien souvent traité mais qui n'est pas épuisé cependant, surtout en ce qui concerne le rôle joué par la syphilis dans sa production.

Il paraît certain, à l'heure actuelle, que la paralysie générale, dans ses formes typiques, peut être consécutive à une syphilis récente, les témoignages en sont nombreux : tout d'abord les meilleures statistiques montrent que dans 70 à 90 cas sur 100, la paralysie a été précédée par la syphilis ; la paralysie peut se communiquer du mari à la femme ; elle est fréquente dans les grandes cités et rare dans les campagnes ; elle apparaît de bonne heure dans les cas de syphilis héréditaire ; elle est plus fréquente dans les classes d'individus où la syphilis est plus commune et réciproquement.

Mais comment la syphilis agit-elle ?

Laissant de côté les cas encore assez fréquents dans lesquels on trouve à l'autopsie des gommes caractéristiques, la syphilis ayant alors agi comme cause directe, l'auteur estime que la paralysie générale est le résultat de l'action d'un poison sur le système nerveux, lequel poison, dans la grande majorité des cas, est une toxine spécifique. Cette toxine existant à l'état latent dans l'organisme, du fait de la syphilis, ne produit ses effets que sous l'influence de certaines causes agissant sur le système nerveux ; comme d'autres poisons de la même classe, elle ne s'attaque que sur un système nerveux affaibli et ces causes de dépression du système nerveux sont fournies par le traumatisme, le surmenage intellectuel, les ennuis, l'intempérance, l'insolation, etc. En l'absence de ces conditions, la toxine peut rester latente, inoffensive : c'est ce qui se produit dans quelques régions comme l'Egypte, où la syphilis est commune et la paralysie rare, — régions où la vie intellectuelle est peu active, le surmenage peu fréquent. E. B.

XIV. Note sur trois cas de guérison, après longue durée de la folie; par le Dr Campbell. (*American Journal of Insanity*, 1894.)

Il s'agit de deux cas de mélancolie et d'un cas de manie : le premier cas de mélancolie est sorti guéri de l'asile après un séjour de dix-sept années ; le second après neuf ans et sept mois ; et le malade atteint de manie est sorti guéri après un séjour de près de six ans. Pendant leur traitement, on s'est efforcé d'occuper, de distraire les malades, d'améliorer leur santé physique et de leur donner toute la liberté compatible avec leur sécurité.

L'auteur estime qu'il ne faut jamais désespérer de la guérison d'un cas de mélancolie, quelle qu'en soit la durée, et, dans son expérience de trente années, soit dans la clientèle ordinaire, soit dans les asiles, il a observé des cas de guérison remarquables.

E. B.

XV. La situation actuelle de la psychiatrie en Écosse ; par le Dr Urguhardt. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.)

On peut considérer comme établi que la loi écossaise part du principe de l'égalité pour le traitement du riche et du pauvre. Dans les différents asiles de l'État, des provinces et des communes, il y a actuellement 9,262 malades, dont 7,618 indigents.

En 1869, on ne comptait dans les mêmes asiles que 4,492 aliénés; le chiffre de ceux-ci a donc plus que doublé en vingt-cinq ans.

Les aliénés incurables et non dangereux sont répartis autant que possible dans les maisons de bienfaisance (Workhouses) et dans les maisons privées. On en compte 3,422.

L'enseignement de la psychiatrie existe dans les différentes facultés de médecine du Royaume-Uni. En outre, l'Association médico-psychologique a institué des examens et accorde des diplômes aux élèves qui les passent avec succès. Enfin, d'après la nouvelle loi sur la collation des grades, tout étudiant en médecine sera tenu désormais de passer un examen sur les maladies mentales.

G. D.

XVI. Contribution a l'histoire du choc moral chez les enfants; par Ch. Féré. (*Bull. de la Soc. méd. ment. de Belgique*, septembre 1894.)

L'auteur relate dans ce travail les observations de deux femmes chez lesquelles des attouchements coupables pratiqués dans la première enfance paraissent avoir été le point de départ de troubles psychiques qui ne se sont montrés qu'à l'époque de la puberté.

La conclusion à tirer de ces faits, dit M. Féré, c'est que le pro-

nostic des chocs moraux de l'enfance doit être tout aussi réservé que celui des chocs traumatiques. Dans l'appréciation des responsabilités matérielles d'un attentat on ne doit pas tenir seulement compte des effets primitifs, mais aussi des chances qui restent à courir. G. D.

XVII. Le symptôme du retentissement articulé de la pensée ; par Klinke. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

Etude historique et critique des auteurs et de la pathogénie psychique de la *parole intérieure* normale et pathologique. A l'état normal, les centres d'articulation des mots (*résonance articulée*) fonctionnent pendant l'exercice de la pensée (qui est une parole intérieure) ; il est par conséquent aisé de comprendre comment l'activité normale de ces postes, surexcitée par des causes morbides intervient au point qu'il puisse y avoir proéminence des images commémoratives des mots contenus dans des centres d'articulation résonatrice de ces mots, d'où la genèse d'hallucinations de l'ouïe. Pour concevoir des divers degrés d'intensité et d'expansion du symptôme de la phonogenèse de la pensée, il faut également faire entrer en ligne de compte la suractivité des sensations des mouvements en rapport avec l'expression des mots. Ce n'est, en effet, que par la combinaison de l'élément phonétique et moteur que l'individu obtient la représentation du mot, et par celle-ci, il arrive à l'audition de sa parole (parole intérieure). Toutefois cette audition n'a pas à l'état normal l'intensité, le retentissement qui impose aux aliénés la persuasion qu'ils entendent leurs propres pensées; que l'on cause en eux ou avec eux ; qu'on leur soustrait leurs idées ; que l'on correspond avec eux par des tuyaux, par le téléphone ; qu'ils sont en correspondance intime avec un mauvais génie, un animal leur parlant dans leur tête, leur poitrine, leur ventre, le gros orteil ; que des personnes qui les entourent connaissent leurs pensées (doubles pensées). Cet ensemble de phénomènes n'a évidemment pas trait au même genre de symptômes ; et il n'est pas toujours apparent dans les auteurs anciens s'il s'agit d'hallucinations, de pseudo-hallucinations.

Dix-sept observations étudiées sans parti pris n'enlèvent point l'indécision toute naturelle, qui s'attache à la modalité comme à la pathologie de la transformation de la pensée en voix.

P. Keraval.

XVIII. De la folie induite (*folie communiquée*) ; par M. Schœnfeldt (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

Trois observations personnelles. Dix observations empruntées aux auteurs russes. Autres observations empruntées à la bibliographie.

Conclusions :

1° Il y a folie induite quand un aliéné implante ses idées délirantes sur les personnes de son entourage jusqu'alors psychiquement saines; 2° la transmission d'un trouble mental par contagion est un phénomène relativement rare; 3° parmi les psychoses ainsi transmises, la folie systématique forme le principal contingent; 4° la folie du contaminant et celle du contaminé présentent pendant l'évolution entière de la maladie complète identité, quant au système du délire; 5° la prédisposition psychopathique constitue le principal facteur étiologique pour la genèse d'un trouble mental induit; 6° les éléments étiologiques qui favorisent l'induction morbide sont : la consanguinité (conformité dans l'organisation cérébrale); la ressemblance psychique avant la maladie; l'harmonie mentale; l'intimité de la vie en commun dans l'isolement; la supériorité intellectuelle morale ou sociale de la personne primitivement atteinte et la faible résistance psychique de la personne contaminée; 7° le phénomène psychologique de l'implantation d'un trouble mental provient de l'imitation en vertu d'une impulsion égoïste; 8° l'homme sain, à cerveau vigoureux, n'est en aucune façon menacé par le commerce intime et continu avec des aliénés.

P. Keraval.

XIX. De la genèse des hallucinations de l'ouïe; par C. Furer. (*Centralbl. Nervenheilk.* N. F. V., 1894.)

Les hallucinations de l'ouïe ont parfois pour origine première des pulsations auriculaires tenant à une lésion de l'oreille ou des oreilles (otite moyenne; perforation tympanique traumatique; sclérose chronique du tympan). Ces pulsations scandées, dans un rythme régulier toujours le même, se transforment en hallucinations des plus nettes ayant le même rythme et ressemblant à des transmissions téléphoniques. Trois observations. P. K.

XX. Démence paralytique sans paralysie; par Belkowsky. (*Centralbl. Nervenheilk.* N. F. V., 1894.)

Type de démence d'emblée et de démence progressive, n'ayant été précédée d'aucune maladie mentale et ne présentant pas les caractères de la démence primitive aiguë. Troubles somatiques relativement minimes (analgésie, diminution des réflexes cutanés) pas de troubles moteurs sensitifs ou sensoriels. Ceci indique une lésion de lobes frontaux, sans la région motrice. La syphilis antérieure, jointe à des soucis et à des chagrins, avec quelque prédisposition héréditaire ou acquise, en expliquerait la genèse. L'*autopsie* nous fournira la certitude. P. K.

XXI. Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité dans la folie systématique; par le Dr Séglas.

Dans une communication marquée au coin du plus haut intérêt, l'auteur décrit certains cas où le délire des persécutions, s'accompagnant d'un groupement de symptômes particuliers, revêt à une certaine période de la maladie, parfois même dès le début, une apparence différente des cas ordinaires et se présente plutôt comme un délire de possession.

Il est nécessaire, pour différencier ces cas, de passer en revue les symptômes hallucinatoires qu'on observe habituellement dans la folie systématique avec délire des persécutions.

Au point de vue de leurs hallucinations l'auteur divise les persécutés systématiques en trois catégories :

A. Dans une première, les malades n'ont jamais d'hallucinations, ou bien celles-ci sont très rares, isolées, transitoires; tels sont les persécutés persécuteurs.

B. Un second groupe comprend les persécutés hallucinés « sensoriels » chez lesquels les hallucinations sensorielles sont prédominantes.

1° Les hallucinations de l'odorat et du goût, se relient en général à des idées d'empoisonnement;

2° Les hallucinations de la vue, niées par Lasègue, sont assez peu fréquentes. On peut à cet égard ranger les malades sous trois chefs : *a*. les cas les plus ordinaires, où elles font défaut; *b*. les cas où les hallucinations de la vue existent mais où le symptôme hallucinatoire se rattache à une origine différente de l'affection mentale; *c*. enfin les hallucinations visuelles peuvent se produire sans l'adjonction d'un autre élément morbide et appartenir en propre à la folie systématique. Caractère important, au contraire de ce qui se passe pour les hallucinations de l'ouïe, on voit que le malade se rend bien compte que ses sensations n'ont pas trait à un objet existant réellement;

3° C'est du côté de l'ouïe que se passent les phénomènes hallucinatoires les plus importants, que ce soient des hallucinations auditives élémentaires, communes ou verbales. Le sens de la vue ne se fait pas le complice de celui de l'ouïe et il ne se produit pas ici, entre ces deux sens, ces associations hallucinatoires que l'on rencontre chez d'autres vésaniques qui voient leurs interlocuteurs en même temps qu'ils les entendent;

4° Il n'est pas rare d'observer des hallucinations génitales.

5° Au fur et à mesure que la maladie évolue, les hallucinations verbales peuvent devenir motrices; mais l'hallucination motrice reste à un plan plus effacé : un grand nombre de ces persécutés n'en ont même jamais.

C. A côté de la forme précédente à laquelle on peut donner le nom de variété sensorielle du délire des persécutions systématique, il est une autre catégorie de persécutés chez lesquels, à l'inverse de ce qui se passe chez les persécutés sensoriels, les phénomènes hallucinatoires de caractère moteur constituent le symptôme le plus saillant du tableau clinique et dirigent la scène pathologique. Ce sont ces cas que l'auteur a rangés sous le nom de variété psycho-motrice du délire des persécutions.

1° Hallucinations motrices. Ce sont d'abord des hallucinations verbales motrices avec leurs caractères et tous leurs degrés d'intensité, puis toutes sortes d'hallucinations motrices communes. Souvent même ces derniers symptômes sont plus accentués et, atteignant leur maximum d'intensité, se présentent sous la forme de véritables impulsions. En regard de ces impulsions diverses, se rencontrent des symptômes, identiques de nature, mais se présentant sous l'aspect inverse de phénomènes d'arrêt ou d'inhibition : « on a pris leur volonté aux malades ». Quelquefois même aussi le côté purement intellectuel est intéressé, et « leur pensée aussi leur est retirée ».

2° De ces troubles psycho-moteurs se rapprochent ceux qui se présentent dans le domaine de la sensibilité générale ou viscérale. Il est à remarquer que tous ces troubles cœnesthétiques ont chez le persécuté moteur un caractère de continuité qu'ils n'ont pas chez le persécuté sensoriel ordinaire.

3° Les hallucinations de l'ouïe sont reléguées au second plan, vis-à-vis des motrices; souvent même elles ne se présentent que sous une forme élémentaire ou commune.

4° En revanche, les hallucinations visuelles sont assez ordinaires chez ces malades, à l'inverse de ce qui se passe dans la forme sensorielle et, de plus, les visions du malade s'associent souvent à ses voix, ce qu'on ne rencontre pas non plus chez les persécutés sensoriels.

5° Les hallucinations du goût et de l'odorat ne diffèrent en rien de celles qui affectent les mêmes sens chez les persécutés sensoriels.

6° On trouve aussi dans ces cas des hallucinations génitales répétées.

7° A ces différents symptômes correspond un état de désagrégation psychique, plus ou moins marquée, souvent un véritable dédoublement de la personnalité.

Ce trouble psychopathique est réduit à son minimum chez les persécutés sensoriels en raison du peu d'influence des hallucinations sensorielles sur la constitution de la personnalité; il est au contraire très accentué chez les persécutés moteurs parce que les hallucinations motrices s'adressent au sens cœnesthétique (sens du corps) qui constitue la base fondamentale de la personnalité.

A mesure que la maladie progresse, les troubles de la personnalité ne font que s'accentuer. Sous l'influence de ce dédoublement de la personnalité, les idées de persécution prennent une teinte spéciale, mystique, finissent par s'éloigner des idées de persécution habituelles et, en tenant compte de la différence due à l'éducation, au milieu social, se rapprochent au contraire beaucoup des idées de possession, d'observation fréquente autrefois; mais les malades, plus au courant des idées du jour, invoquent le spiritisme, la suggestion, etc., en attachant à ces mots la signification précise d'une contrainte sur leurs pensées semblable à un fait de possession.

8° En outre de ces idées de possession, ces malades présentent des idées hypocondriaques, lesquelles, de même que les idées de possession, peuvent aboutir à des idées de négation systématisées. D'autres fois, au lieu d'aboutir à la négation, les idées de possession prennent une teinte mégalomaniaque.

9° Enfin l'on peut aussi rencontrer chez ces malades des idées de persécution sous la forme ordinaire.

Le diagnostic peut se faire : *a.* avec l'hystérie, tandis que l'hystérique la plus dédoublée ignore le plus souvent cette division de son esprit, le persécuté sent en lui le développement d'une autre personnalité; *b.* avec la mélancolie délirante avec idées de possession; ici, c'est l'évolution de la maladie, l'absence des phénomènes émotionnels fondamentaux de la mélancolie, les caractères généraux du délire, qui serviront de base au diagnostic différentiel; *c.* avec le délire des négations mélancolique qui s'accompagne souvent de symptômes de possession. Le délire des négations des possédés systématiques n'est plus secondaire à des troubles émotionnels, comme chez le mélancolique, mais n'est que l'interprétation de désordres hallucinatoires spéciaux : l'absence de ces mêmes troubles émotionnels lui enlève également tout caractère de peine, de douleur morale : il n'y a ni humilité, ni résignation; *d.* il convient de remarquer qu'entre la variété sensorielle et la variété psycho-motrice du délire des persécutions, il existe des cas intermédiaires. (*Annales médico-psychologiques*, août 1894.)

E. Blin.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 31 *Décembre* 1894. — Présidence de M. A. Voisin.

Élections. — Le bureau est ainsi constitué pour 1895 :

Président : M. Paul Moreau (de Tours); *vice-président :* M. Charpentier ; *secrétaire général :* M. A. Ritti ; *trésorier :* M. J. Voisin ; *secrétaires des séances :* MM. Semelaigne et Sollier.

LES ALIÉNÉS ET LA MAGISTRATURE

Séquestration et sortie d'un aliéné criminel ordonnées par la justice. — M. Paul Garnier rapporte un fait ayant une grande signification et prouvant combien les arguments développés, en toute indépendance, par les médecins, sont souvent mal compris par les magistrats qui ont cependant cru nécessaire de leur demander un avis. M. Garnier appelé à constater l'état mental d'un sieur B..., inculpé de tentative de meurtre sur sa femme, avait aisément fait la preuve de la folie de cet individu, lequel, de persécuté, était devenu un dangereux persécuteur.

Les conclusions de M. Garnier furent pleinement acceptées et le magistrat instructeur rendit, sans hésitation, une ordonnance de non-lieu basée sur l'état mental de B... ; celui-ci fut placé dans un asile. Jusque-là les choses se passèrent normalement ; mais où l'affaire prit une tournure que personne ne pouvait soupçonner, c'est lorsque B..., se prétendant séquestré arbitrairement, s'adressa au tribunal pour obtenir sa sortie. Celui-ci, à la stupéfaction de tout le monde, ordonna la mise en liberté de B..., non pas comme aliéné guéri, mais comme n'ayant jamais été aliéné. Voilà donc un fou dangereux ayant commis un crime, bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu, comme aliéné et jugé non aliéné par le tribunal. Cette manière de procéder donne un avant-goût de la façon dont se passeraient les choses si la magistrature était appelée à remplacer l'autorité administrative dans le placement des fous.

M. Marandon de Montyel. — Le fait signalé par notre collègue

est loin d'être isolé; nous connaissons tous des cas analogues : Louis-Eugène B..., est entré à Ville-Evrard en octobre 1893. Arrêté pour tentative de meurtre sur sa femme qu'il avait grièvement blessée au sein gauche d'un coup de revolver, il avait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu rendue sur les conclusions du Dr Garnier qui l'avait déclaré aliéné et irresponsable, et son placement dans un asile avait été réclamé par l'autorité judiciaire. A la Préfecture de police, le Dr Legras, à Sainte-Anne, le Dr Magnan, à Ville-Evrard nous-mêmes avions confirmé le diagnostic du Dr Garnier.

Louis-Eugène B... était convaincu, par des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale, qu'il avait été rendu totalement impuissant par sa femme dont il ne parvenait pas à satisfaire les goûts contre nature. Il avait entendu celle-ci lui dire : « Puisque tu ne peux pas le faire par derrière, tu ne pourras pas davantage le faire par devant. »

A peine était-il à l'asile que son frère entreprenait une vigoureuse campagne, dans le but d'obtenir une mise en liberté, sous prétexte qu'il était victime de son abominable épouse contre laquelle il s'était trouvé, lors de l'attentat, en état de légitime défense. A trois reprises différentes, durant l'année 1894, le parquet de Pontoise demanda des certificats de situation; et par trois fois le malade, conservant les conceptions délirantes qui l'avaient conduit au crime, nous déclarâmes qu'il était toujours un aliéné dangereux dont la sortie serait un danger pour la sécurité publique. Le tribunal vint interroger B... et, à la suite de cet interrogatoire, commit le Dr Magnan pour examiner son état mental. L'éminent aliéniste de Sainte-Anne conclut que B... était un persécuté persécuteur dont la place était toujours dans un asile.

Or B... a été mis en liberté par un jugement du tribunal qui a déclaré qu'il n'était pas et qu'*il n'avait jamais été aliéné*, qui a considéré la tentative de meurtre comme un acte de violence ayant motivé, mais non pas justifié l'internement; qui a affirmé qu'aucun des hommes de l'art appelé à examiner l'état mental de l'interné n'était allé jusqu'à dire affirmativement qu'il fût atteint d'aliénation et qui a relevé que la femme B... n'était pas restée étrangère à l'internement de son mari, pour lequel elle ne dissimule pas son aversion ni la vive frayeur qu'il lui inspire ! !!!

En communiquant cette affaire à la Société notre intention n'est pas de critiquer un acte de l'autorité judiciaire ni de relever combien les considérants du jugement sont en désaccord avec les faits. En matière de mise en liberté des aliénés le Tribunal est souverain et il est maître absolu de motiver ses arrêts comme il l'entend. Mais il est utile, au moment où va venir en discussion, devant la Chambre, la revision de la loi de 1838, votée par le Sénat, revision qui enlève à l'administration le placement des aliénés pour le confier à la magistrature, de rapporter tous les faits de nature à éta-

blir l'esprit qui anime celle-ci. Or l'affaire Louis-Eugène B... est, à ce point de vue, d'une haute importance, car elle établit combien l'esprit de la magistrature diffère de l'esprit de l'administration. Cette dernière base toujours ses décisions sur des certificats médicaux. Quand elle est en désaccord avec le médecin traitant, elle délègue un médecin expert qui joue le rôle d'arbitre et dont elle accepte la décision, qu'elle soit favorable ou non à son opinion; avec elle le dernier mot reste toujours à la science. L'administration se sait et se déclare incompétente, tandis que la magistrature se croit et se déclare compétente.

Là est le grand écueil du placement des aliénés par les magistrats; car il n'est pas douteux que, s'ils persistent à vouloir trancher eux-mêmes les questions d'aliénation mentale au lieu de conformer leurs décisions aux avis médicaux, il en résultera les plus graves conséquences. Toutefois, il y a lieu d'espérer que leurs dispositions changeront si la revision est votée dans le sein du Sénat. Pour opérer cette transformation, trois éléments interviendront: tout d'abord, l'expérience des faits qui leur montrera, parfois aux dépens de leur responsabilité, qu'ils n'ont pas, en matière de folie, les connaissances qu'ils se figurent posséder; ensuite, l'aliénation sera pour eux non une occupation exceptionnelle, mais une occupation de tous les jours; ils cesseront d'être des contrôleurs de cas particuliers et n'auront pas les mêmes raisons de se méfier. Enfin, la folie sera complètement leur chose, et cette prise de complète possession suffira à modérer leur zèle et leurs tendances à voir des guérisons un peu partout.

M. Vallon accepte l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés, parce que la société sera débarrassée des fous criminels. Les magistrats en fourreront beaucoup en prison qui seraient plus humainement à leur place dans les asiles de traitement; mais au moins, on en rencontrera peut-être moins en liberté. Qu'on les mette où l'on voudra, mais qu'on les mette quelque part.

M. Marandon de Montyel croit que le meilleur moyen de calmer l'animosité de certains magistrats contre les médecins, est de laisser les tribunaux se débrouiller seuls en face des aliénés. Après avoir fait sortir à tort et à travers des malades qui ne manqueront pas de commettre de nouveaux crimes, les magistrats se calmeront dans leur beau zèle du premier moment. Un autre avantage sera de leur laisser essuyer, à leur tour, les coups actuellement adressés par une certaine presse à l'autorité administrative et aux médecins.

M. Arnaud. — Dans le nouveau projet de loi sur le régine des aliénés, il ne s'agit pas de donner simplement aux magistrats les droits qui appartiennent aujourd'hui aux préfets. On veut leur

donner un pouvoir beaucoup plus étendu : ils ne seront contrôlés par personne, tandis qu'à l'heure actuelle, l'autorité des préfets s'efface devant le tribunal qui peut toujours, de même que le parquet, ordonner des mises en liberté d'office.

M. Briand. — La liberté individuelle est bien mieux sauvegardée avec la loi de 1838, qu'elle ne le serait avec le nouveau projet. En effet, un préfet qui, involontairement ou intentionnellement, se rendrait coupable d'une séquestration arbitraire, — que, pour ma part, je crois impossible — serait responsable devant son ministre, qui l'est à son tour devant la Chambre.

Un tribunal, au contraire, en raison de son caractère impersonnel, *n'est responsable devant personne*, si ce n'est l'opinion publique. On sait combien elle est facile à émouvoir. Je ne crois pas que l'autorité morale de la magistrature ait rien à gagner dans cette intervention auprès des aliénés qui, par définition, ne peuvent *presque tous* que se croire victimes de séquestration arbitraire.

M. A. Voisin. — On peut juger de l'avenir qui serait réservé aux fous, si la nouvelle loi était adoptée, par l'opinion émise par M. Troplong. Ce jurisconsulte disait un jour au professeur A. Tardieu qu'il était inutile d'être aliéniste ou même médecin pour juger si un homme était aliéné ou non. Une conversation de cinq minutes suffisait pour se faire une conviction !

M. Briand. — C'est cette présomption qui amène dans les prisons beaucoup de malheureux aliénés et plongent dans le déshonneur des familles qui ne le méritent pas.

M. Arnauld. — Les huit mille et quelques centaines d'erreurs judiciaires relevées par les statistiques prouvent que les magistrats ne sont pas infaillibles.

M. Joffroy. — Les erreurs judiciaires concernant les aliénés sont si nombreuses, que chacun de nous pourrait constituer un dossier des plus intéressants.

M. Dupain. — M. Déricq et moi avons constaté à l'asile d'Alençon la présence d'une bonne douzaine de paralytiques généraux avancés qui avaient été condamnés, pour divers délits, malgré l'évidence de leurs troubles intellectuels. M. B.

Séance du 28 *janvier* 1895. — Présidence de MM. A. Voisin et Paul Moreau (de Tours).

Après une allocution de M. A. Voisin, qui cède le fauteuil de la présidence à son successeur, M. Paul Moreau remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'invitant à présider ses travaux.

COMMISSION DES PRIX.

Prix Esquirol : MM. Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et Sérieux, rapporteur.

Prix Belhomme : MM. Bourneville, Joffroy, Sollier, J. Voisin et Rouillard rapporteur.

Prix Moreau (de Tours): MM. Ballet, Chaslin, Christian, Paul Garnier et P. Moreau (de Tours).

Prix Aubanel : Le prix Aubanel qui sera délivré en 1896 par la Société Médico-Psychologique, s'élèvera cette année à la somme de 2,400 francs. Les mémoires devront être déposés au plus tard le 31 décembre 1895.

Élections. — Après un rapport de M. Vallon, M. Pierre Janet est nommé membre titulaire.

VÊTEMENTS ET APPAREILS PROTECTEURS ÉTRANGES PORTÉS DE JOUR ET DE NUIT PAR UN DÉGÉNÉRÉ PERSÉCUTÉ.

M. Lefilliatre, au nom de M. Paul Garnier et au sien, présente un aliéné porteur d'un assez curieux attirail inventé pour se préserver des maléfices de ses ennemis. Il s'agit d'un malade présentant depuis longtemps des idées de persécution, des idées de grandeur et des troubles très accusés de la sensibilité générale. Afin de se protéger contre les tourments que lui font subir ses ennemis, il porte un grand nombre d'appareils protecteurs tels que : plastron, cuirasse en papier blanc, verre, morceaux de porcelaine, enveloppes de caoutchouc, plaques de tôle, casque en cuivre, visière et masque en plomb. Le malade dort revêtu de cet attirail étrange qui pèse trente kilogrammes.

LES ATTAQUES ÉPILEPTIFORMES DANS LE COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. Christian fait une communication sur *les attaques épileptiformes dans la paralysie générale.*

Il n'est point partisan de la théorie qui attribue aux auto-intoxications la production de ces attaques ; il considère celles-ci comme faisant partie intégrante de l'affection et rappelle les diverses explications qui ont été proposées : pour rendre compte de ce symptôme, Baillarger invoquait l'inégalité de poids des hémisphères et l'atrophie de l'hémisphère opposé au côté où prédominaient les convulsions, Lissauer pensait à une lésion cellulaire aiguë dans le territoire cortical, correspondant aux membres intéressés ; cette lésion aurait été vérifiée par l'examen histologique.

M. Christian admet l'existence de troubles purement fonctionnels (oblitération artérielle) et pense que l'ergotine peut donner de bons résultats. Le traitement par les émissions sanguines est contre-indiqué.

M. G. BALLET. — Le mécanisme des attaques épileptiformes dans la paralysie générale, est celui de toute épilepsie jacksonnienne. Il s'agit d'une irritation des centres corticaux sans qu'on ait besoin de faire intervenir l'anémie ou la congestion.

LES ALIÉNÉS ET LA MAGISTRATURE.

M. LEGRAIN lit au nom de M. FEBVRÉ et au sien une communication *sur la sortie d'aliénés criminels, ordonnée par la justice.*

Quatre malades femmes de l'asile de Ville-Évrard ont été mises en liberté par jugement du tribunal de Pontoise, malgré les certificats du médecin concluant au maintien et sans que le tribunal ait ordonné une expertise médicale. Les diagnostics étaient les suivants : folie intermittente, idées de persécution, mélancolie, folie morale.

M. LEGRAIN lit une communication de M. Ramadier, sur un persécuté dangereux, très délirant, dont la sortie est ordonnée par le tribunal, contrairement à l'avis du médecin, et sans expertise médicale. Le malade se refusa à quitter l'asile, on fut obligé de l'expulser. Une fois en liberté, son délire devint très actif, il fit une tentative de suicide et le parquet se vit obligé de demander son internement à l'asile.

Marcel BRIAND.

XXV[e] CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST[1].

SESSION DE KARLSRUHE.

Séance du 12 novembre 1893. — PRÉSIDENCE DE M. KRŒPELIN.

Le lieu de la réunion de l'an suivant sera Karlsruhe.

Il est donné communication, en l'absence de M. Rieger empêché, de la requête que, sur l'invitation de la Société, il a adressée aux gouvernements de la Bavière, de Wurtemberg, du grand-duché

[1] Voy. *Archives de Neurologie*. Revue analytique.

de Bade, de l'Alsace-Lorraine et de la Hesse, afin qu'on introduise les matières de la psychiâtrie sous la forme d'un examen spécial (voy. *Centralbt. f. Nervenheilk.* 1893).

Du quartier de surveillance continue. Rapporteurs. MM. Siolé et Kræpelin. — Les deux rapporteurs se sont mis d'accord sur les conclusions suivantes :

1. Le quartier de surveillance continue de jour et de nuit est un organe indispensable dans un asile d'aliénés moderne. — 2. Le nombre des lits qu'il doit comprendre doit être, pour les grands asiles de province, d'au moins 7 à 10 p. 100 de la population totale de l'établissement, il doit monter à la proportion de 20 à 30 p. 100 et même davantage pour les asiles des villes. Naturellement on se guidera sur les chiffres des admissions. — 3. On y placera : les cas de folie récente, les sitiophobes et suicides, les gâteux, les paralysés et les aliénés atteints d'affections somatiques, les agités, et ceux qui doivent être traités au lit; ceux aussi qui pour un motif particulier doivent être soumis à une surveillance continue. — 4. Pour contenir ces diverses formes morbides il faut au moins deux quartiers séparés de surveillance, un destiné aux malades calmes, l'autre destiné aux agités. — 5. Chacun de ces quartiers comprendra un grand dortoir avec salle de jours contiguë, une à deux chambres d'isolement, une salle de bains, un water-closet, tout près une laverie et un vestiaire. — 6. Ce quartier devra être installé autant que possible comme une salle d'hôpital moderne; ce que l'on distinguera tout simplement ce seront les installations indispensables pour la sécurité des aliénés (modes de fermeture des fenêtres, systèmes de clôture des lieux d'aisances et des salles de bains ; au besoin, cabinets d'aisances à l'intérieur même de la chambre; baignoires roulantes). — 7. On y placera un infirmier au moins pour cinq malades.

Discussion : M. Dittmar. — Quand je suis arrivé à l'asile de Sarreguemines, je me suis proposé l'établissement d'un quartier semblable, bien que mon prédécesseur (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XL), dit qu'il pouvait *a priori* s'en passer. Mais je n'ai pas tardé à reconnaître que l'asile marchait parfaitement sans lui ; l'asile a actuellement 500 malades et en reçoit 170 chaque année. Cette particularité est due à ce qu'il existe un *baraquement* pour chaque sexe et des *cellules à grilles.* Le baraquement reçoit les malades dont l'alitement est, quel qu'en soit le motif, urgent; le service y est assuré par un personnel d'infirmiers exercés et consciencieux dont on a soin d'alterner les fonctions pour ne pas les fatiguer; la garde de nuit y est faite avec contrôle du compteur à horlogerie, toutes les fois (les cas en sont rares) que le médecin exige une surveillance continue d'un ou de plusieurs malades. Les cellules à grilles sont des chambres séparées en deux parties suffisamment vastes par un

grillage de fil de fer qui prend toute la hauteur de la pièce et qui est muni de portes; une des parties sert au séjour des malades, l'autre est la loge d'observation de l'infirmier. Il ne faut pas que le grillage soit trop faible, il ne faut pas qu'il donne l'apparence d'une cage à la pièce, il ne faut pas qu'il permette aux malades de grimper. Ces cellules sont particulièrement utiles quand on veut séparer d'un malade agité, aggressif, le veilleur, surtout la nuit. Les gâteux et paralytiques sont invités à uriner la nuit une ou plusieurs fois; on les retourne pour les changer de position afin d'éviter les accidents gangreneux; cette pratique de déplacement complet est préférable à la continuelle mobilité qu'on fait subir parfois à ces malheureux et qui est aussi importune pour ceux-ci que pour le personnel. Le contrôle du service de nuit est fort bien fait à Sarreguemines; les sœurs de charités catholique, y sont astreintes à veiller la nuit tant qu'elles sont affectées au service des malades. Dans ces conditions la statistique du suicide y est très favorable, les agités, gâteux, accidents gangreneux du décubitus, n'y sont pas aussi fréquents que dans les autres asiles munis d'un quartier de surveillance continue; nous en parlons d'après une expérience de huit années.

M. Dehio. — A l'asile de Rothenberg, près Riga, on s'est si bien trouvé d'un quartier de surveillance continue pour traiter les agités que, celui des femmes ne suffisant plus, on a agité la question de la transformation de la section des agités en un second quartier de surveillance continue. Malgré l'encombrement on a réussi à installer la décoration des chambres. — M. Sommer propose d'ajouter à la quatrième conclusion, après les mots agités, « et les déments ». — M. Siolé. C'est toujours l'agitation qui constitue l'indication. Il n'y a pas avantage à comprendre avec les agités les infirmes.

M. Kræpelin. — A la clinique deux quartiers de surveillance sont utilisés pendant le jour, la nuit on ne veille que dans l'un. — M. Landerer place les paralytiques et les déments près des désordonnés.

M. Aschaffenberg. — Si l'on consulte les mélancoliques guéris ou autres malades revenus à eux, on constate qu'il ne leur a pas été aussi désagréable qu'on le pourrait penser de séjourner dans un quartier de surveillance continue. Ce n'est qu'après la régression des accidents aigus qu'ils ont été incommodés par le bruit, mais à ce moment ils étaient suffisamment améliorés pour qu'on pût les retirer du quartier.

M. Smith. *Quelle doit être l'attitude des médecins dans la question de l'alcoolisme?* — Dès le 65e congrès des naturalistes de Nuremberg, M. Struempell a reproché aux médecins leur indolence à cet égard. Il a raison, car chaque année l'intoxication alcoolique tue autant d'hommes que la phtisie. Or, par un traitement approprié, on en pourrait sauver 90 p. 100. M. Smith possède

près de 1,500 lettres de médecins, relatives à l'internement des alcooliques, il n'en pourrait choisir que trente qui témoignent d'une opinion nette sur la maladie et son traitement.

Il faut avant tout que le médecin rompe avec l'apologie physiologique de l'alcool; la clinique psychiatrique nous apprend d'une façon indiscutable et des plus nettes que les propriétés soi-disant bienfaisantes de ce médicament, sont autant de fantaisies qui germent dans le jugement intéressé des amants de spiritueux. La réalité est que c'est un poison du cerveau et des nerfs, Quantité d'affections du système organique ou des viscères, ne résistent à la thérapeutique que par ce qu'on en méconnalt l'origine; et cette origine est l'ingestion des alcools. Les prescriptions médicamenteuses de l'alcool sont aussi insensées que nuisibles chez les enfants et les convalescents. Un nombre infini d'intoxications alcooliques proviennent des ordonnances du médecin. Le vin du malade à l'hôpital administré comme reconstituant, l'administration soi-disant prophylactique de l'alcool aux buveurs qui entrent, sont autant de crimes. Il en est de même des rations de vin des maisons de santé, des asiles d'aliénés, du personnel des hôpitaux ou des établissements publics, qui non seulement sont par elles-mêmes nuisibles mais entralnent des désordres effrayants parce que la libéralité avec laquelle elles sont données supprime tout contrôle. Le préjugé stupide, qu'il y a des délires par suppression des spiritueux chez ceux qui y sont habitués, et que cette suppression provoque des accidents morbides est une source intarissable d'intoxication. Ce qui est vrai, c'est qu'un groupe important de phénomènes nerveux provient de l'alcool; les buveurs invétérés engendrent des psychopathes; quant aux névropathes, à quoi bon leur donner un agent qui à lui seul est pathogène? Il faut donc introduire la *tempérance* dans les asiles publics; j'y suis arrivé personnellement dans mon asile; cette démonstration apprendrait au public que la vie peut avoir des grandes chances sans alcool.

L'abstinence doit être pratiquée par le chef même de l'asile, par le médecin; il lui faut s'abstenir le premier de boire toute espèce de boissons alcooliques. Or, extrême est la fréquence de l'alcoolisme chronique chez les médecins. Sur les 1,500 observations qu'il a mentionnées plus haut, M. Smith en a 436 qui concernent des médecins se qualifiant eux-mêmes d'alcooliques ou de morphino-alcooliques; et encore peut-on considérer comme un progrès de voir un malade reconnaltre qu'il est alcoolique. On peut appliquer le nom de *buveur par habitude* à celui qui habituellement, le plus souvent sans se douter des effets pernicieux de l'alcool, prend chaque jour une certaine quantité de boissons spiritueuses. On désignera sous le nom d'*ivrogne* celui chez qui l'absorption habituelle de l'alcool a produit des altérations physiques

telles qu'il ne désire plus en ingérer d'aussi grandes quantités, et, cependant, bien qu'il reconnaisse que l'alcool est nuisible, il n'a plus l'énergie nécessaire pour se soustraire à ce penchant qui de jour en jour devient plus vif.

Le médecin doit encore s'appliquer à l'obtenir pour des raisons purement tactiques. Si le mouvement en faveur de la tempérance n'a pas encore eu la vigueur qu'il lui faut obtenir, c'est qu'il a été lancé par bien des gens qui manquent de l'autorité scientifique nécessaire et qui par suite passent pour des fanatiques — et que, d'autre part, beaucoup de personnes considéraient leur contribution à une société de tempérance comme une prime destinée à les assurer contre une fausse interprétation de leur propre intempérance. Or, il ne faut pas se payer de mots, l'exemple seul agit. En conséquence, le médecin doit être un vivant exemple d'abstinence, il doit être en outre l'apôtre de la tempérance.

La tempérance, c'est la prophylaxie d'une maladie qui fait des victimes matériellement, moralement, physiquement, à l'exemple d'une guerre et d'une peste. Par la tempérance nous transmettons à nos descendants la vigueur physique et morale, nécessaire au combat pour l'existence.

Discussion. — M. Dittmar croit qu'il est, au point de vue pratique, très difficile d'introduire l'abstinence dans les asiles, surtout dans un pays vignoble.

M. Krœpelin appuie de toutes ses forces la manière de voir de M. Smith. La question de l'alcoolisme ne comprend ni plus ni moins que l'avenir de la race germanique au plus haut point menacée. L'alcool est toujours nuisible, dans l'épilepsie et certaines formes de la démence congénitale avec actes impulsifs, il est terrible; terribles aussi sont les abus d'alcool pendant la période de sevrage de la morphine.

M. Kirm. — On obtiendrait plus de résultats pratique si provisoirement on s'efforçait de prêcher une abstinence modérée.

M. Krœpelin. — Dans les vésamies, on ne peut prétendre à un résultat que par la suppression radicale de l'alcool.

Sur l'initiative de M. Kirn, M. Krœpelin propose de mettre la *question de l'alcool* à l'ordre du jour du prochain congrès. MM. Smith et Sommer sont nommés rapporteurs.

M. Beyer. *Contribution à la pathologie de la confusion mentale* (*Verworrenheit*) *hallucinatoire aiguë.* — C'est une psychose réelle; pour la constituer il ne suffit pas d'en tracer les limites par rapport aux autres modalités morbides, d'en séparer la confusion mentale. (*Verworrtheit*) symptomatique et de traiter de celle-ci dans ces chapitres : épilepsie, alcoolisme, etc. Sous le titre de confusion mentale (*Verwirrtheit*) idiopathique, ou *amentia* au sens étroit du mot, restent réunis une grande quantité de cas différents par

leur étiologie, leur évolution, leur durée, ce qui impose l'obligation d'en reprendre la division pathologique et pratique.

Voici par exemple un groupe de faits caractérisés par une marche toute particulière, rapide et atténuée, dans lesquels la maladie se montre entre l'âge de cinquante à cinquante-six ans, c'est-à-dire à un âge de la vie où la forme typique de la confusion mentale (*Verworrenheit*) paraît manquer. On ne constate dans l'espèce ni éléments prédisposants, tels que tare héréditaire grave, imbécillité, épilepsie, alcoolisme, ni facteurs étiologiques aigus tels que affections somatique, intoxications, etc... Mais en revanche, depuis des mois ou des années les malades sont en proie aux incommodités si fréquentes de la ménopause, trouble nerveux, céphalalgie, etc... Le terrain étant ainsi préparé, interviennent des facteurs moraux (discussions de famille, procès, etc.) qui produisent une dépression profonde, suppriment le sommeil, nuisent à la digestion; en quelques semaines le malade s'épuise et c'est alors que la psychose en question fait explosion. Soudain le désordre dans les idées (*Verwirrtheit*) apparaît avec des hallucinations sensorielles (de préférence de l'ouïe); ils s'agitent et présentent un état d'humeur en rapport avec ces hallucinations. Tel est le complexus morbide qui, avec des oscillations dans l'intensité, dure deux à trois semaines. Tous les symptômes sont moins prononcés que dans la confusion mentale (*Verworrenheit*) typique. De temps en temps les hallucinations font défaut, mais la confusion mentale (*Verwirrtheit*) subsiste; fréquemment les malades eux-mêmes s'en aperçoivent et s'en plaignent. Les troubles de la sensibilité morale et l'agitation motrice ne sont pas primitifs; ils doivent être tenus pour les conséquences des hallucinations sensorielles. Jamais il ne se développe de stade maniaque, ni de stade de stupidité.

L'amélioration s'effectue graduellement. D'abord les hallucinations semblent disparaître et avec eux les symptômes secondaires. Les malades commencent à s'occuper davantage de leur entourage; ils ne s'y trouvent pas bien et sont par suite méfiants et irritables. Entre deux et quatre semaines la lucidité progresse en même temps que se relève l'état de la nutrition matérielle, finalement la complète lucidité reparaît; ils désirent souvent recevoir une visite des parents ou retourner chez eux; leur retour peut avoir lieu généralement entre la sixième et la huitième semaine qui suit l'explosion de la confusion mentale (*Verwirrtheit*).

Diagnostic différentiel. — On constate d'une manière générale les mêmes signes dans les diverses espèces de mélancolie et de folie systématique aiguë (*paranoia acuta*) que dans la confusion mentale (*Verworrenheit*). On ne saurait penser à une folie périodique, malgré la brièveté de l'évolution, parce qu'on

ne constate pas, après le décours [de chaque accès, un substratum pathologique chronique permanent (tel que la tare héréditaire), loin de là, l'explosion de la psychose qui nous occupe, s'explique par des facteurs nocifs extrinsèques; on lui trouve un stade prodromique évident. Le délire du collapsus est caractérisé par l'acuité de son étiologie, la violence et la constance des symptômes, impulsivité des mouvements, la rapidité de la marche et la vivacité des éléments symptomatiques qui se succèdent. La démence aiguë a pour elle le trouble profond de l'intelligence ainsi qu'une évolution tout autre. Tous ces symptômes-là ne concordent pas avec les cas dont il a été question.

Comment distinguer cette forme de confusion mentale hallucinatoire aiguë de celle qui a été décrite jusqu'ici? M. Beyer n'ose encore le faire parce que ses observations (qui ne concernent que des femmes) ne le lui permettent point. Ou bien il s'agit de deux maladies voisines, et cependant distinctes, dont l'une se montrerait pendant le jeune âge, et l'autre à l'époque de la ménopause, ou bien ce sont deux formes différentes par l'aspect d'une même maladie modifiée par l'âge et qui devrait son individualité surtout aux modifications organiques produites par l'involution qui commence (par exemple dans le système vasculaire), plutôt qu'à la ménopause.

Il faut prendre d'autres observations pour décider de la justification de l'existence de la *confusion mentale hallucinatoire aiguë de ménopause*, ainsi que de ses relations avec des psychopathies parentes. (Voyez *Archiv f. Psychiatrie.*)

M. Aschaffenbourg. *Des délires initiaux de la fièvre typhoïde.* — Une observation très complète montre, chez une couturière de trente ans, un état d'agitation incessante avec désordre dans les idées, d'ailleurs profuses et pressées, tel qu'elle est incapable de comprendre ce qu'on lui dit. Insomnie. Hallucinations probables. Désordre extrême des actes. La malade a l'air plutôt congestionnée qu'autre chose, elle titube comme si elle était ivre. Gâtisme. Pouls fréquent. Les hallucinations deviennent de plus en plus actives ainsi que l'agitation et l'obtusion intellectuelle. Tel est le complexus qui se développe en cinq jours. C'est alors que la température vespérale de 38,4 fait soupçonner une fièvre typhoïde qui s'accuse de plus en plus. La fièvre typhoïde une fois hors de doute, le délire cesse; la stupeur typhique progresse alors et avec elle arrive la mussitation. Fièvre très irrégulière; affaiblissement très rapide. Température 36,3. Evacuations intestinales profuses, collapsus malgré les injections hypodermiques de chlorure de sodium, T. 37,3, puis 41,3. Mort. L'anatomie pathologique démontre le diagnostic. On apprend ainsi qu'à l'endroit dont provient la malade, il y avait eu, peu de temps avant, une épidémie de fièvre typhoïde à phénomènes surtout cérébraux. En conséquence, le

délire qui a précédé la maladie et qui a cessé quand celle-ci a été en pleine évolution, est un délire dit initial. La bibliographie en contient 17 exemples. Dans 7 d'entre eux le délire a précédé le début de la fièvre ; l'époque la plus tardive à laquelle on l'a constaté est la fin de la première semaine ; sa durée est généralement de quelques jours seulement. En quelques cas, il fut immédiatement ou peu de temps après suivi de délire fébrile vrai. Il ne mourut que 6 malades sur les 17 ; la fièvre typhoïde a présent une moyenne gravité, parfois elle a été tout à fait légère.

Le délire initial de la fièvre typhoïde paraît se présenter sous deux formes différentes. La première forme ressemble aux idées délirantes comparées aux rêvasseries qui suivent le déclin de la fièvre, ou aux psychopathies qui occupent la période intermédiaire entre l'éruption et la suppuration variolique : les malades prétendent qu'on les électrise, qu'ils sont entourés de policiers, qu'un crapaud les a fécondés. Ces conceptions délirantes sont entretenues par des hallucinations ; inquiétude, angoisse, parfois des violences, en d'autres cas un état de demi-stupidité, en sont les conséquences. Il n'est pas rare de voir survenir, à la suite, une période d'agitation avec propos incohérents, confusion complète des idées qui rapproche cette première forme de la seconde. — La seconde forme, en effet, se traduit par une absolue confusion des idées, avec désordre des actes, gesticulation ; les malades brisent, dansent en rond, sont tout à fait incohérents, ils présentent une exagération de l'idéogenèse, avec assonances, prières et chants. Tantôt gais, tantôt anxieux, ils manifestent entre temps de véritables conceptions délirantes (ils ont, disent-ils, déshonoré leur famille et doivent être brûlés). — Un trait commun réunit ces deux formes : c'est l'obtusion intellectuelle intense qui met son cachet sur le désordre des mouvements, et l'exagération de l'idéogenèse.

On les distinguera des psychopathies dues à l'épuisement, à la paralysie générale, à l'épilepsie, aux intoxications par les signes physiques viscéraux, la fièvre, l'existence d'une endémie de fièvre typhoïde, la constatation de causes d'épuisement, d'accidents antérieurs d'ordre épileptique, les excès d'agents toxiques, la marche insidieuse de la maladie. Si l'on ne trouve pas de symptômes somatiques, si l'on n'obtient pas de commémoratifs, il est plus malaisé d'établir le diagnostic.

Dans la confusion mentale idéopathique ou *amentia*, le rôle proéminent des hallucinations et leur influence sur la conduite du malade qui, d'ailleurs, répond aux sollicitations extérieures, permet de se guider sûrement, il n'est pas une machine comme dans le délire initial qui nous occupe, il ne présente pas cette hébétude spéciale. L'*agitation incohérente du paralytique général* ne se traduit pas par la même forme de stupeur, il a une certaine liberté

dans ses mouvements, il manifeste parfois des idées de grandeur, enfin on peut enregistrer des symptômes positifs du côté de l'appareil nerveux.

En revanche, l'*hébétude*, qui facilite le diagnostic d'avec l'amentia et la paralysie générale, le rend difficile dans l'*obnubilation épileptique*, mais l'épileptique délire d'une certaine façon, il est expansif et nourrit des conceptions religieuses.

Les *délires toxiques* cocaïnique, haschischique, atropinique, alcoolique ont chacun ses signes caractéristiques. Mais ceux de la septicémie, de la rage, de la malaria, de la fièvre jaune sont presque impossibles à distinguer de celui dont nous nous occupons ici : cela se conçoit, puisqu'ils sont tous des délires d'intoxication.

La pathogénie a tour à tour invoqué le mécanisme de l'irradiation nerveuse, de l'urémie, de la méningite cérébro-spinale, de la congestion cérébrale, autant de facteurs pathogénétiques à démontrer. La fièvre a été accusée, mais le délire initial en question apparaît à une période où la fièvre manque, disparaît lorsque celle-ci monte.

On se rangerait plus volontiers à l'avis de Gerhardt, Vallin, Liebermestein. — Les bacilles de la fièvre typhoïde en se développant engendrent un autre produit qui a pour propriété de diminuer la chaleur physiologique et d'exciter l'écorce du cerveau comme un alcaloïde narcotique. Dans l'observation que nous venons de résumer, les injections de chlorure de sodium ont déterminé une ascension thermique de 4° sans modifier la fréquence du pouls ni empêcher la mort ; elles ont probablement emporté la toxine. Ce serait un motif pour préconiser les grands lavages sous-cutanés de solutions de 2 litres de chlorure de sodium.

Discussion. — M. Nissl a examiné la pariétale ascendante droite de la malade dont il vient d'être question. Coloration au bleu de méthyle. Un faible grossissement montre que dans l'écorce les vaisseaux, jusqu'aux capillaires les plus fins, sont remplis d'hématies, et entre celles-ci beaucoup de leucocytes. Un fort grossissement révèle les altérations suivantes des cellules nerveuses. Les unes n'ont présenté que peu d'altération, d'autres sont complètement désagrégées, l'immense majorité d'entre elles présente des altérations aiguës fort semblables à celles qui traduisent l'infection du voisinage d'un foyer d'expérimentation. Le protoplasma ne présente pas ce contraste si net qui a permis d'établir qu'il se compose d'une substance chromogène et d'une substance chromatique ; il apparaît à l'état d'organe pâle un peu gonflé dans lequel on peut distinguer des lacunes plus claires. Quelques cellules moins altérées témoignent encore au niveau du prolongement de la pointe d'une rayure ou d'une structure rétiforme, mais ceci ne se révèle qu'à la limite de la perceptibilité, sous une forme floue et indistincte. Plus l'altération progresse, plus la pâleur du proto-

plasma s'accuse, il paraît finalement liquéfié. Cette modification gagne les prolongements protoplasmiques. Quant aux noyaux, à peu d'exceptions près, ils sont le terrain du processus de raréfaction ; le noyau est un peu tuméfié, sa charpente et son nucléole s'amincissent et se raréfient progressivement, chacune des granulations des trabécules constitutives se dissocient. Alors, ou bien le noyau s'atrophie, ou bien il se désagrège en même temps que sa paroi manque. Nulle part il n'y a de dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses, ni de désagrégation grenue des protoplasmas.

Les cellules de la névroglie présentent d'une manière générale une certaine inhibition du protoplasma, qui rend évidents de nombreux protoplasmas cellulaires, habituellement dans l'ombre. Karyokinèse de quelques noyaux de la névroglie.

Dans les vaisseaux remplis de sang, on est frappé de l'abondance de leucocytes. Ceux-ci sont également en grand nombre dans les gaines adventices. On ne constate dans les tissus même que par places isolées des leucocytes ou organites multinucléaires. Impossible de dire qu'il y ait eu multiplication des noyaux non cellulaires autour des cellules nerveuses.

M. Furer. *De la genèse des hallucinations de l'ouïe.* (Voyez le *Centralbl. f. Nervenheilk*, 1894 [1].)

M. Nissl. *Communications relatives à la karyokinèse dans le système nerveux central.* — La constatation a une grande importance pour la pathologie des organes centraux. Tout récemment dans un travail sur la paralysie générale, Buiswanges a attribué la multiplication indubitable des noyaux non cellulaires à la destruction de la substance nerveuse non spécifique, il en résulte un rapprochement des noyaux de la névroglie ; en outre les cellules lymphoïdes multiplient pour lui, il n'y a pas prolifération des éléments névrogliques. Or M. Weigert, dans un cas tout à fait choisi de paralysie générale récente, a mis en évidence, à l'aide de sa nouvelle méthode de coloration élective des fibres de la névroglie, une prolifération des éléments névrogliques dépassant toute attente. Quant aux cellules lymphatiques, la cellule migratrice de l'organisme est un hôte absolument rare, dans les conditions pathologiques, elle ne joue qu'un rôle subordonné, seule l'inflammation infectieuse peut produire une forte accumulation de ces cellules. En ce qui concerne les espaces péricellulaires ils sont la conséquence d'un phénomène de durcissement, il en est de même pour la dégénérescence kystique de Pick, on peut les produire artificiellement pour ainsi parler à son choix.

Voici maintenant un procédé de coloration de Weigert qui, appliqué à des pièces ayant subi le durcissement dans l'alcool, permet de

[1] Voy. *Archives de Neurologie*. Revue analytique.

montrer aisément et suivant la karyokinèse de l'organe central de l'homme, même quand l'autopsie est pratiquée douze à quinze heures après la mort. On peut se rendre compte de son efficacité sur le cerveau d'animaux qui ont subi la piqûre d'aiguilles rougies au feu, en employant comparativement la méthode de Flemming dont Nissl a un peu modifié la composition, il y a ajouté du chlorure de platine, et ce nouveau procédé de Nissl.

Depuis lors Nissl a trouvé la karyokinèse dans le cerveau de l'animal adulte comme dans l'écorce des paralytiques généraux, des déments séniles, des alcooliques. Voici par exemple une observation d'urémie suraiguë caractérisée par une confusion mentale grave avec hallucinations terrifiantes, agitation maniaque presque furieuse; à l'autopsie l'écorce était encombrée de cellules de la névroglie subissant la division indirecte.

On met les pièces dans l'alcool à 96 p. 100 pour les faire durcir; on les colle sur un liège à la gomme, et on les coupe sans les inclure. Les coupes très fines sont pendant un demi-heure plongées dans la teinture d'acétate de fer de Rademacher (marque Einhornapocke à Francfort), puis on les rince superficiellement à l'eau, on les replonge une demi-heure dans la solution d'hématoxyline de Weigert (hématoxyline 1 gramme, alcool 10, eau 100). On les lave superficiellement à l'eau et on les immerge peu de temps dans une liqueur composée de 1 d'acide chlorhydrique p. 100 d'alcool à 70°, on les remet dans l'eau pendant dix minutes, on les transporte dans l'alcool, puis dans l'essence de girofle, ou même dans le baume.

Le temps avancé ne permet pas la communication annoncée de M. Nissl, *Sur une nouvelle méthode de recherche expérimentale du système nerveux central notamment pour fixer la localisation des cellules nerveuses.*

M. Sommer. *La question des infirmiers et la surveillance du médecin.* — Il y a lieu de critiquer le personnel secondaire, il faut tendre à l'améliorer. Ce n'est ni en les choisissant dans les classes sociales élevées, ni en le payant mieux qu'on y arrivera. C'est en le faisant surveiller d'une façon permanente par les médecins. Pour cela, quand on construit des asiles, il faut placer convenablement la demeure des médecins. On fera appel aux vieux médecins et on leur donnera une habitation dans les quartiers ou à côté des quartiers; mais ce projet ne pourra être réalisé que si on introduit les matières de la psychiâtrie dans les programmes de l'instruction obligatoire. (Voy. *Zeitschr. f. Nervenheilk*, décembre 1893. — *Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, LI, 1.) P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Anatomie des centres nerveux;* par J. Dejerine, avec la collaboration de Mme Dejerine-Klumpke, t. Ier. Un fort volume grand in-8° de 816 pages avec 401 figures dans le texte, dont 45 en couleurs. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

L'ouvrage doit comprendre trois parties dont ce premier volume ne nous donne que les deux premières, savoir : l'embryologie, l'histogenèse et l'histologie du névraxe, puis l'étude du cerveau proprement dite. Le second volume nous fournira l'étude du cervelet, de l'isthme de l'encéphale et de la moelle épinière.

Les progrès faits dans la connaissance du système nerveux ont été dus surtout aux méthodes d'étude de plus en plus perfectionnées qui ont été mises en œuvre. Aussi M. Déjerine commence-t-il par l'exposé détaillé de ces différentes méthodes. Pour l'anatomie topographique il a employé la méthode des coupes macroscopiques pratiquées soit à l'état frais, soit après durcissement. Mais pour l'anatomie de texture, qui est de beaucoup la plus importante, et sur laquelle le dernier mot est loin d'être dit, cette méthode est insuffisante. L'auteur en a mis deux principales à profit : l'une est basée sur l'étude des coupes microscopiques sériées et emprunte ses procédés à l'anatomie normale, l'autre relève de l'anatomie pathologique et repose sur l'étude des dégénérescences secondaires. L'emploi systématique de cette dernière dans un grand nombre de cas de lésions cérébrales localisées, recueillis dans son vaste service de l'hôpital de Bicêtre, a permis à l'auteur d'élucider un grand nombre de points spéciaux de la texture cérébrale. Il a exposé en détail la méthode qu'il a suivie, méthode lente, mais sûre, qui fait apprécier la somme de travail que représente un pareil ouvrage, le plus original et le plus complet qui ait jamais paru sur l'anatomie du système nerveux.

Le développement du système nerveux est étudié dans le second chapitre. L'auteur s'est efforcé de considérer le plus possible l'embryon humain, en s'appuyant sur les travaux de His, dont il reproduit un grand nombre de figures, ainsi que d'autres de M. Duval, de façon qu'on puisse suivre facilement ce développement du névraxe étudié dans son ensemble et dans chacune de ses parties. Le chapitre III est consacré à l'histogenèse et le chapitre IV à l'histologie du système nerveux adulte. On sait quelles modifications

profondes les découvertes récentes de Golgi, de Ramon y Cajal, de Gehuchten, etc., ont apportées aux conceptions anciennes et comment on en est arrivé à la notion du neurone constitué par la cellule nerveuse, pourvue de prolongements protoplasmiques et cylindraxiles ramifiés. L'exposé de ces recherches est remarquablement fait et fournit les données les plus exactes sur l'état actuel de ces questions encore à l'étude.

La seconde partie comprend, nous l'avons dit, l'anatomie du cerveau. C'est la partie la plus originale de l'ouvrage. La morphologie cérébrale y est exposée dans les plus grands détails, et rien que d'après des figures originales, qui sont en réalité des reproductions de photographies de cerveaux. Rien n'est donc laissé à la fantaisie et ce n'est pas sur un cerveau schématique que la description est faite. M. Déjerine se défend du reste d'employer des schémas. C'est une méthode dont on a un peu trop abusé depuis un certain nombre d'années et on ne peut que le féliciter d'y avoir renoncé pour revenir à l'étude de la nature elle-même. La synonymie, si compliquée quelquefois, des scissures et des circonvolutions, est donnée en entier. Les figures sont en nombre tel qu'on peut facilement suivre les moindres détails décrits dans le texte, et comme elles sont toutes des reproductions de pièces fraîches ou durcies, on a sous les yeux un véritable cerveau, comme si on l'étudiait à l'amphithéâtre. C'est là un avantage considérable dont l'emploi des schémas nous avait privés, et qu'apprécieront certainement tous ceux qui avaient éprouvé la déception qu'on ne manquait pas d'avoir quand après avoir appris sa morphologie cérébrale dans un traité d'anatomie, on cherchait à s'y reconnaître sur un cerveau frais. Certaines parties du cerveau sont décrites avec plus amples détails, en raison de leur importance, telles par exemple la circonvolution de Broca, le pli courbe, l'insula, la corne d'Ammon, etc.

Pour bien comprendre la disposition réelle du cerveau qui correspond à son aspect extérieur, il est indispensable de l'étudier sur des coupes en séries. Ces coupes sériées peuvent être macroscopiques ou microscopiques. Les premières ne peuvent nous donner que les rapports les plus grossiers; les secondes, au contraire, nous fournissent la texture même du cerveau. L'auteur a mis à profit ces deux méthodes.

Le cerveau est d'abord étudié topographiquement sur une série de coupes faites suivant trois directions : verticales, longitudinales et horizontales. Elles sont assez rapprochées, leur distance variant de 5 à 10 millimètres pour qu'on puisse suivre les moindres détails topographiques. Et là encore, bien entendu, il ne s'agit pas de coupes d'un cerveau, idéal, schématique, mais bien de coupes, grandeur nature, reproduites d'après des photographies avec toute la finesse des procédés dont on dispose aujourd'hui.

Mais où apparaît la plus grande originalité du livre, c'est dans

l'étude du cerveau sur des coupes microscopiques sériées. Ces coupes sont au nombre de 46, divisées en 4 séries. La première série est à direction vertico-transversale, les trois autres à direction horizontale. On s'y reconnaîtra facilement grâce à un repérage des points où passent les différentes coupes indiqué sur une figure schématique du cerveau. Toutes les figures ont été dessinées à la chambre claire, à un grossissement de 12 diamètres, d'après des coupes préparées par la méthode de Weigert. Grâce à ce procédé M. Déjerine a pu contrôler et rectifier bien des points de la texture du cerveau. Je signalerai en particulier sa division de la capsule interne en deux portions, thalamique et sous-thalamique.

Ce n'est que la région thalamique qui répond à la description classique en trois segments. Le segment postérieur doit être divisé en deux segments : segment lenticulo-optique ou postérieur proprement dit, et segment rétro-lenticulaire. Ce dernier déborde le noyau lenticulaire en arrière, et se distingue du premier par la direction de ses fibres qui, au lieu d'être verticales, sont horizontales. Grâce à la méthode des dégénérescences secondaires on peut reconnaître que le segment postérieur est surtout formé de fibres verticales qui constituent les quatre cinquièmes internes du pied du pédoncule cérébral. Grâce à elle encore M. Déjerine a pu établir que dans la région sous-thalamique où la capsule interne n'est plus formée que par le segment postérieur et le segment rétro-lenticulaire, les fibres du faisceau de Turck qui constituent le cinquième externe du pédoncule cérébral proviennent non pas comme on le disait jusqu'ici, du lobe occipital, mais bien du lobe temporal.

Une autre partie ordinairement passée sous silence dans la plupart des traités d'anatomie du système nerveux, c'est la région sous-optique. C'est une région en effet extrêmement complexe. M. Déjerine en a fait une étude très soigneuse à l'aide de coupes horizontales ou légèrement obliques.

L'auteur étudie ensuite l'écorce cérébrale et termine par l'étude de la substance blanche des hémisphères, c'est-à-dire des faisceaux d'association et commissuraux. Quant aux fibres de projection, elles trouveront place dans le second volume. La méthode de dégénérescence secondaire est là d'une utilité remarquable. Parmi ces faisceaux, que l'étude préalable des coupes microscopiques rend beaucoup plus aisés à comprendre, il en est un nouveau, décrit par les auteurs, le faisceau occipito-frontal, reliant le lobe temporo-occipital au lobe frontal, à la convexité de l'hémisphère, et constituant le tapetum.

On voit par la trop courte analyse que nous venons de faire qu'il ne s'agit pas là seulement d'un traité quelconque d'anatomie du système nerveux, se contentant d'exposer l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, mais bien d'une œuvre originale, personnelle, fruit d'un travail minutieux, patient et sûr. On peut prévoir

qu'une fois complété ce traité laissera loin derrière lui tous ceux connus jusqu'à ce jour. En même temps qu'il est une synthèse de tous les travaux précédents, il constitue un grand progrès dans nos connaissances sur le système nerveux, grâce aux nombreuses recherches personnelles de l'auteur qui n'a rien décrit sans l'avoir vu et contrôlé.

On ne saurait laisser sans éloges l'artiste, M. Gillet, qui a prêté son concours aux auteurs, et qui a su rendre avec une aussi grande netteté, sans faire tort à l'exactitude, les coupes les plus complexes du cerveau.

P. Sollier.

XIII. *Le délire des négations;* par J. Séglas. 1. vol. *Encyclopédie des aide-mémoire :* G. Masson, Paris, 1894.

M. Séglas précise d'abord le terme même de délire des négations. Ce terme très général ne doit s'appliquer qu'à un ensemble d'idées délirantes de négation, aussi bien dans la mélancolie que dans les autres formes d'aliénation mentale. Suivant que ces idées délirantes seront ou non systématisées, on aura le délire des négations ou au contraire simplement des idées de négation. M. Séglas étudie dans la première partie de son ouvrage le délire des négations dans la mélancolie où, rendant hommage à celui qui l'a décrit pour la première fois, il lui donne le nom de syndrôme de Cotard. Il en étudie successivement les symptômes, l'évolution psychologique (folie des négations) et la marche clinique. Dans un chapitre des plus intéressants, il en fait une étude psychologique, tant au point de vue de son origine que de sa signification qui est exposée d'une façon très remarquable. M. Séglas est un des rares aliénistes qui cherche, grâce aux lumières de la clinique, le mécanisme psychologique des délires. C'est en effet la voie dans laquelle la psychiâtrie doit entrer si on veut la faire progresser. Il examine ensuite sa fréquence, ses causes, les différents aspects qu'il revêt dans la mélancolie et dans la folie circulaire, et enfin son diagnostic et son pronostic.

Dans la seconde partie, M. Séglas étudie le délire de négation en dehors de la mélancolie : dans certaines variétés de folie systématisée de persécution, dans la folie systématisée hypocondriaque et dans la débilité mentale, où il se montre encore plus ou moins systématisé.

Enfin il passe en revue les idées de négation que l'on peut rencontrer au cours de la paralysie générale, dans la sénilité, dans les lésions cérébrales circonscrites, dans la confusion mentale primitive, le délire fébrile, l'alcoolisme, la manie, l'hystérie.

Le délire des négations apparaît donc non comme une maladie spéciale, mais comme un symptôme qui n'a rien de pathognomonique. Il est cependant des cas qui correspondent à la description

donnée par Cotard, laquelle doit être conservée au moins comme base de recherches ultérieures. La folie des négations ne doit être comprise que comme une variété de la mélancolie et ne peut s'appliquer qu'au délire des négations mélancoliques, envisagé dans son évolution psychologique progressive et seulement pour le distinguer des autres délires de négation systématisés, lesquels peuvent se rencontrer dans d'autres affections mentales que la mélancolie.

Les idées de négation, d'une façon générale, sont la manifestation d'une altération de la personnalité survenant sous le coup de modifications de la base organique (cénesthésie) et de la sphère motrice et affective de la vie psychique. Un index bibliographique termine l'ouvrage.

C'est la monographie la plus complète et la mieux faite qui existe actuellement sur cette question. Les psychologues aussi bien que les psychiâtres auront grand profit à la lire. P. S.

XIV. *Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux;* par J. Dagonet. Brochure in-8°. Doin, Paris, 1893.

Bon résumé et exposé très clair des travaux les plus récents de Golgi, Ramon y Cajal, van Gehuchten, etc., sur l'embryologie et l'histologie du système nerveux central. P. S.

XV. *Monopole de l'alcool et dixième de l'alcool;* par Otto Lang. (*Alcohol Monopol und alcohol zehntel.* Zurich, 1894).

Les lois établissant le monopole de l'alcool en Suisse reposent elles-mêmes sur les articles 31 et 31 *bis* de la Constitution fédérale. Ces articles, adoptés par le peuple le 25 octobre 1885, par 230,250 voix contre 157,403 enlevaient le bénéfice de la liberté du commerce à la fabrication et à la vente des boissons spiritueuses. L'article 32 *bis* spécifiait en outre, que les recettes provenant de la fabrication de l'alcool et de l'impôt sur les alcools d'importation devraient être réparties par la Confédération, entre les divers cantons, proportionnellement à leur population. Mais par contre, les cantons étaient soumis à deux obligations : 1° défense leur était faite de frapper d'impôts les boissons non distillées ; 2° ils étaient obligés de consacrer au moins le dixième des recettes fournies par le monopole de l'alcool à la lutte contre l'alcoolisme, ses causes et ses effets.

Ces articles de la Constitution n'avaient pas institué formellement le monopole. La loi établissant le monopole de fabrication, soumise au referendum du peuple, fut adoptée le 15 mai 1886 par 267,255 électeurs contre 133,122. Le droit de fabriquer et d'importer des boissons distillées, appartient exclusivement à la Confédération. Celle-ci n'exerce pas son droit de fabrication elle-même,

mais le concède, suivant certaines conditions, à des particuliers, à des sociétés. Un quart des spiritueux doit être fourni par les distilleries indigènes, les trois autres quarts sont importés. Cette mesure a été prise dans le but de protéger l'agriculture suisse, car si la Confédération n'avait voulu qu'augmenter les bénéfices fournis par le monopole, elle aurait dû ne mettre en circulation que de l'alcool d'importation qui revient moins cher que l'alcool indigène. (Il y a une différence de 40 à 50 francs par 100 kilos. Les distilleries suisses fournissent l'alcool à raison de 90 francs les 100 kilos; l'alcool d'importation revient à 44 francs les 100 kilos.) La Confédération perd donc ainsi 80,000 francs par an dans le but de protéger l'industrie des bouilleurs de crus suisses. La quantité minima d'alcool vendue par l'administration du monopole est de 150 litres au prix de 120 à 150 francs. Le directeur de l'administration de l'alcool publie un rapport annuel sur l'exercice écoulé

En 1891 les recettes étaient de.	14,473,039
— les dépenses de.	8,459,551
Bénéfices.	6,013,487

L'administration a acheté 10,052,900 kilos d'alcool dont 7 millions ont été destinés à la consommation et 3 millions à des usages industriels.

La loi instituant le monopole de l'alcool n'a nullement été inspirée par des exigences budgétaires, mais bien par l'intention de combattre les progrès de l'alcoolisme. La question des mesures à prendre contre le fléau, avait été abordée déjà en 1881-1882. En 1884, le Conseil fédéral rédigeait un message en réponse aux pétitions concernant la question de l'alcoolisme, et le bureau de statistique fédéral publiait un rapport de 650 pages sur les mesures prises dans les divers pays étrangers pour lutter contre les progrès du mal. Le Conseil dans son message voulait, pour restreindre la consommation de l'alcool, en élever le prix par un impôt sur la fabrication; mais l'Assemblée fédérale se décida pour le monopole de fabrication et d'importation. Les cantons doivent faire à l'Assemblée fédérale un rapport annuel sur l'emploi du dixième des recettes du monopole qui leur sont réparties, dixième qu'ils doivent consacrer à combattre les causes et les effets de l'alcoolisme (art. 32 *bis*). Malheureusement l'Assemblée fédérale n'adopta pas la proposition du Conseil fédéral qui autorisait la confédération, dans le cas où un canton ne se conformerait pas dans l'emploi du dixième de l'alcool, aux indications de la loi, à retenir la partie du subside détournée de sa destination sur la répartition de l'année suivante.

Il est regrettable que l'on n'ait pas précisé quelles étaient ces causes et ces résultats de l'alcoolisme auxquels devait être destiné

le 1/10e des recettes du monopole, et que l'on n'ait pas consacré la plus grande partie des recettes, de préférence à prévenir les causes du mal.

On a souvent considéré le dixième de l'alcool comme pouvant servir à toutes les œuvres d'assistance et comme appelé à alléger les charges du budget des cantons. C'est méconnaître la loi de la façon la plus formelle. La Confédération répartit les recettes du monopole entre les cantons, non pas pour venir en aide à des œuvres philanthropiques, mais pour enrayer les progrès de l'alcoolisme et surtout en combattre les causes. Loin d'employer le dixième de l'alcool à équilibrer le budget, les cantons ont le devoir de le consacrer à l'œuvre de la lutte contre l'alcoolisme, œuvre pour laquelle ils n'avaient pas jusqu'alors les ressources nécessaires. En réalité, il n'y a pas jusqu'ici un seul canton qui ait consacré intégralement le dixième des recettes du monopole à sa destination; en revanche un grand nombre de cantons ont employé ce dixième, dans sa totalité, à des œuvres qui n'ont rien à voir avec celles qu'ils devaient soutenir. C'est ce que prouvent les rapports annuels déposés par les cantons sur l'emploi du dixième de l'alcool (1889-90-91-92). Ils témoignent d'une ignorance complète de l'esprit qui a guidé le législateur : la moitié environ du dixième de l'alcool (300,000 fr.) est détournée de sa destination. Berne consacre plus de 1,400 francs à une maison de travail pour femmes; Lucerne verse le total des recettes, 35,000 francs, à la caisse des pauvres; Schvyz emploi 9,000 francs à la fondation d'une maison de travail forcé. Glarus donne ses recettes entières (6,100 fr.) pour la construction d'un asile d'aliénés. Solothurn fournit une subvention de 10,000 francs à la Société pour l'instruction des pauvres, et une autre de 4,000 francs à une maison de travail forcé. D'autres cantons emploient également leurs recettes pour le service des aliénés, pour les services pénitentiaires, pour l'assistance publique, pour l'instruction publique, pour les enfants assistés, les épileptiques, les sourds-muets, les aveugles, les jeunes criminels. Sans doute, toutes ces œuvres sont intéressantes et doivent être soutenues, mais le dixième de l'alcool n'a pas eu pour but de subvenir à ces dépenses diverses. Celles-ci sont en effet des dépenses obligatoires auxquelles les cantons ne sauraient se soustraire, qu'ils bénéficient ou non des recettes du monopole.

Et d'autre part, combien de moyens efficaces dans la lutte contre l'alcoolisme, dont l'essai n'a même pas été tenté !

Le monopole a déjà eu pour résulat d'élever le prix de l'alcool et de diminuer le prix des boissons hygiéniques qui étaient auparavant assez fortement imposées. D'après M. Mliliet, directeur de l'administration de l'alcool, la consommation a diminué de 25 p. 100 depuis l'organisation du monopole. Elle est actuellement de 6 litres d'eau-de-vie à 50° par tête, au lieu de 7 et 8 litres

avant le monopole. La consommation de la bière a augmenté de 25 p. 100. La qualité de l'alcool serait meilleure par suite de la rectification. Un autre bienfait du monopole a été la suppression d'un grand nombre de bouilleurs de cru qui étaient les facteurs les plus actifs de l'intoxication alcoolique en Suisse. Leur nombre a été réduit par suite de la décision de l'administration qui ne se fournit d'alcool que chez les distillateurs pouvant lui livrer au moins 15,000 litres d'alcool absolu par an. Afin de ne pas trop favoriser les grandes distilleries, on a cependant imposé un maximum de production; aucune distillerie ne peut vendre plus de 100.000 litres d'alcool absolu par an. Auparavant, il y avait 1,400 distilleries qui constituaient autant de foyers d'intoxication; actuellement il n'en existe que 76, qui livrent tout leur alcool à l'administration du monopole. Celle-ci ne le vend au commerce qu'après rectification.

C'est dans l'emploi rationnel du dixième de l'alcool qu'on trouvera le moyen de lutter plus efficacement encore contre l'alcoolisme. En première ligne, il faut encourager et soutenir le mouvement d'abstinence (puisqu'il est toute une catégorie de sujets qui doivent choisir entre les excès alcooliques et l'abstinence totale), il faut aider à la création d'établissements de consommation pour les abstinents; instruire et moraliser le peuple, créer des asiles de traitement pour buveurs, payer les frais de séjour des buveurs indigents dans ces asiles, subventionner les Sociétés créées pour combattre l'abus de boissons alcooliques et éclairer l'opinion publique. PAUL SÉRIEUX.

XVI. *Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité* (*grossesse*, *accouchement*, *lactation*); par le Dr EVBOT. (Thèse de Lyon, 1895.)

Ce travail, sur un sujet qui a été l'objet déjà de nombreux mémoires, est un essai de classification qui semble résumer l'état actuel de la question. Le rôle des auto-intoxications et de l'infection dans les psychoses en général et dans les psychoses puerpérales en particulier est admirablement mis en relief. Cette théorie générale de l'origine infectieuse des états délirants est, du reste, exposée depuis longtemps dans les leçons cliniques de M. le professeur Pierret et dans les nombreux travaux de ses élèves.

L'aliénation mentale est une maladie du corps et non une maladie de l'esprit. Aussi est-ce faire de la médecine incomplète que de séparer des signes somatiques les symptômes intellectuels ? Envisager les phénomènes mentaux en dehors de tous les autres signes organiques n'est pas non plus faire de la psychiatrie. Cette conception nouvelle, utile au point de vue thérapeutique, surprend peut-être. On s'étonne, en effet, que pour un délire, un mal de tête, de

l'insomnie, il faille fouiller l'aliéné au point de vue physique, délaissant presque complètement la forme d'aliénation mentale. De cette recherche découle le traitement; et l'on voit des aliénés qui auront été traités inutilement par toute la kyrielle des médicaments nerveux ou calmants, s'améliorer et guérir. Si les maladies du corps, les intoxications, n'ont aucune influence, comment comprendre cette marche à rechute des héréditaires francs. Comment comprendre qu'une même cause l'hérédité, qui subsiste toute la vie, ait des effets passagers, la cause primordiale restant la même? Il faut supposer des causes secondaires venant la renforcer: ces causes secondes, ce sont les modifications de la réceptivité, le terrain rendu plus favorable par l'épuisement et l'anémie, par auto-intoxication et infection. Le médecin aliéniste doit donc être doublé d'un excellent clinicien pour pouvoir rechercher et surtout reconnaître ces causes secondes qui sont déterminantes.

Cette doctrine étiologique de la folie est défendue dans ce travail avec talent et avec de nombreuses preuves à l'appui. N'est-elle pas bien supérieure à la doctrine de l'hérédité psychopathique, seule cause reconnue par quelques aliénistes de la folie puerpérale doctrine décourageante s'il en fut, ingrate par excellence, funeste souvent, inutile toujours.

L'auteur conclue : 1° La folie puerpérale n'est pas une et dépend de plusieurs facteurs; 2° la seule classification scientifique des psychoses est celle qui s'appuie sur la pathogénie; 3° les causes sont : l'infection, l'auto-intoxication, l'épuisement, une irritation réflexe ; 4° l'hérédité joue un rôle important, mais secondaire et ne suffit pas à produire la folie du type puerpéral franc. Le traitement se fonde entièrement sur l'indication causale et comme les causes peuvent se superposer, il doit les viser toutes.

Dr Devay.

ASILES D'ALIÉNÉS.

VII. Construction de pavillons d'isolement pour maladies contagieuses dans les asiles. — Refus de subvention sur les fonds du pari mutuel.

Nous extrayons du procès-verbal de la séance du 8 mars 1894 de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, les passages qui suivent dont l'intérêt n'échappera pas à nos lecteurs.

M. le Président. — J'ai reçu relativement à cette question deux lettres que j'ai l'honneur de communiquer à la commission :

Paris, le 6 mars 1894.

Monsieur le Président,

Au cours de la séance du 27 avril 1893, la Commission de surveillance, en examinant la question de l'installation de pavillons d'isolement pour maladies contagieuses pour les asiles publics d'aliénés de la Seine, a exprimé le vœu qu'une subvention de 100,000 francs fût demandée à l'Administration supérieure en raison du caractère d'utilité générale des dépenses de construction des bâtiments projetés.

Le 28 juin 1893, j'ai porté ce vœu à la connaissance de M. le Ministre de l'Intérieur. Par une lettre ci-jointe en date du 27 février 1894, M. le Ministre de l'Agriculture m'informe que la Commission de répartition des fonds provenant du pari mutuel en faveur des œuvres de bienfaisance n'a pas cru devoir accueillir favorablement ladite demande de subvention en se basant sur la situation financière du département de la Seine et sur ce que les asiles d'aliénés n'affectent point un caractère de bienfaisance nettement déterminé.

J'ai l'honneur, Monsieur le Président, de vous prier de vouloir bien donner communication de cette lettre à la Commission de surveillance lors de sa séance du 8 mars courant.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Le Préfet de la Seine,
Pour le Préfet et par autorisation,
Le Directeur des Affaires departementales,
Henri Le Roux.

Paris, le 27 février 1894.

Monsieur le Préfet,

Vous avez adressé à la Commission de répartition des fonds provenant du pari mutuel en faveur des œuvres de bienfaisance une demande à l'effet d'obtenir l'attribution au département de la Seine d'une subvention de 100,000 francs destinée à faire face pour partie aux dépenses de construction de baraquements d'isolement dans chacun des asiles d'aliénés de ce département.

J'ai l'honneur de vous informer, Monsieur le Préfet, que dans sa séance du 17 janvier dernier, la commission instituée près de mon département pour répartir les fonds dont il s'agit a examiné cette demande et n'a pas cru devoir l'accueillir favorablement.

Elle estime en effet que les asiles d'aliénés n'affectent pas un caractère de bienfaisance nettement déterminé, puisqu'ils n'ont pas exclusivement pour objet le traitement des malades indigents. En outre, les travaux projetés sont d'ordre purement hygiénique, et sans méconnaître leur utilité, la Commission, étant donné d'une part l'insuffisance des ressources à sa disposition, eu égard au nombre considérable de demandes émanant d'œuvres de bienfaisance et ayant trait à des créations d'établissements charitables ou hospitaliers auxquelles il ne lui est pas possible de donner satisfaction, et d'autre part, la situation financière du département de la Seine où la valeur du centime additionnel aux quatre contributions directes dépasse 672,000 francs a dû écarter la demande que vous lui aviez adressée et elle m'a chargé, Monsieur le Préfet, de vous en exprimer ses vifs regrets.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Ministre de l'Agriculture, Président de la Commission,
VIGER.

M. PUTEAUX. — Il nous est difficile de ne pas protester contre cette idée que les asiles d'aliénés ne sont pas des établissements de bienfaisance.

M. LE Dr DU MESNIL. — Nos asiles sont, comme les hôpitaux, des établissements de bienfaisance; presque tous les aliénés y sont traités gratuitement. De même que dans les hôpitaux, on n'y fait payer que les malades ayant des ressources suffisantes, soit par eux-mêmes, soit par leurs familles.

M. LE PRÉSIDENT. — Notre procès-verbal constatera l'étonnement qu'a éprouvé la Commission de voir contester à nos asiles le caractère d'œuvres de bienfaisance nettement déterminé.

M. LE Dr THULIÉ. — Je suis d'autant plus étonné de leur voir contester ce caractère, qu'au ministère de l'Intérieur les asiles d'aliénés sont précisément classés parmi les établissements de bienfaisance. — J'ajoute, en ce qui concerne sa situation financière, que le département de la Seine dépense pour le service des asiles d'aliénés et pour celui des enfants assistés, plus du tiers de son budget, et que ces dépenses, qui vont toujours en progressant, commencent à alourdir considérablement ses charges.

M. CARON. — Nous pourrions renouveler notre vœu pour la répartition qui sera faite en 1894 des fonds provenant du pari mutuel, en motivant fortement notre demande sur les considérations qui viennent d'être exposées.

M. LE Dr DU MESNIL. — Il conviendrait de faire également valoir

auprès de M. le ministre du Commerce et de la Commission de répartition des fonds, que nos asiles, de même que nos hôpitaux, sont encombrés de malades venant, depuis peu, de la province, et qu'il serait équitable, en raison des charges ainsi imposées au département, qu'une allocation lui soit accordée sur ces fonds.

M. Maucomble. — On pourrait aussi faire observer que le pari mutuel est une des causes de l'augmentation du nombre des aliénés dans le département de la Seine.

M. Bailly. — J'ai eu dernièrement à faire une démarche en compagnie de M. Le Roux et de M. Lépine, préfet de police, auprès du ministre du Commerce, en vue d'obtenir sur les fonds provenant du pari mutuel, une somme de 50,000 francs, pour être affectée à la caisse des retraites des sergents de ville de la banlieue. M. le ministre, tout en nous faisant le meilleur accueil, nous a donné à entendre qu'il craignait que la Commission de répartition, composée en grande partie d'agriculteurs, ne se montrât pas favorable à notre requête. Cependant, ce sont, en grande partie, les sergents de ville de la banlieue de Paris qui font le service des hippodromes.

M. le Président. — Je mets aux voix la proposition de M. Caron.

Cette proposition est *à l'unanimité* des voix adoptée par la Commission.

Quelle singulière idée a-t-on eue aussi d'attribuer au ministère du Commerce la répartition des fonds du Pari Mutuel!

VIII. Les asiles d'aliénés de la Saxe; par Th. Gunz.

Voici le résumé de l'état actuel de l'assistance publique des aliénés en Saxe, emprunté au *Rapport administratif* de la 4e section du ministère de l'Intérieur pour les années 1886 à 1891 (Directeur M. Jœppelt) à S. E. M. le ministre d'État de Metzsch :

On a supprimé l'assistance des aliénés curables ou incurables en des asiles séparés. On réunit ces deux catégories en un seul et même asile. Comme il est difficile et le plus souvent impossible de formuler le pronostic à l'admission des malades il était arrivé que l'asile de traitement de Sonnenstein contenait 48 p. 100 (1879) d'aliénés incurables, tandis que les asiles-hospices avaient admis nombre de malades susceptibles d'amélioration et de guérison. Les dépenses de transferts devenaient dès lors coûteuses. Et le public voyait avec peine ses malades jusque-là regardés comme curables dirigés sur un asile-hospice dont le nom devenait synonyme d'incurabilité.

Cette situation exigeait en outre des rapports médico-légaux et les admissions étaient rendues plus difficiles et plus lentes. Les

directeurs préposés à l'administration des asiles-hospices éprouvaient de leur côté mille peines à recruter le personnel médical suffisant pour ces derniers établissements.

Ceci fait, on a attribué à chacun des asiles certaines régions territoriales. On a autorisé tous les médecins assermentés à faire les rapports nécessaires à l'admission, et non plus seulement les médecins de districts, et l'on a transmis directement aux directeurs des asiles les conclusions des admissions. On est ainsi arrivé à la mise en traitement rapide des aliénés dont on facilite l'arrivée dans les asiles. De pair avec le principe de l'hospitalisation sans entraves, le gouvernement a fait marcher les progrès techniques de l'assistance et du traitement des malades.

Il a dû transformer les établissements et les développer. Pour cela il lui a fallu exécuter de nombreuses modifications architecturales dans les asiles existants et construire un nouvel asile. C'est l'asile d'Untergœltzsch en Voigtland qui doit être ouvert durant l'année courante.

La *nouvelle organisation* comptera dès lors :

1° Les *asiles mixtes de Sonnenstein* avec :

a. *Sonnenstein* avec la métairie de Cumersdorf et l'annexe de Jessen.

b. *Zschadrass.*

c. *Untergœltzsch.*

d. *Hubertusbourg* avec la métairie de Reckvitz et l'annexe de Lipsitz.

Chacun de ces établissements recevra des aliénés curables et incurables des deux sexes; 600 malades, pas davantage. Seul l'asile d'Huberturbourg comprendra deux établissements de même contenance, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. Tous ces asiles seront organisés pour l'hospitalisation libre.

2° L'*asile d'Hochweitzschen* pour épileptiques non aliénés et déments épileptiques calmes.

3° L'*asile de Colditz* destiné à recevoir les malades que ne peuvent garder les asiles mixtes, épileptiques agités ou perturbateurs et les criminels aliénés.

La construction de l'asile de Colditz n'étant pas faite pour un asile mixte à hospitalisation libre, on a pourvu à cette lacune en leur donnant l'adaptation convenable et transformé la métairie Zschadrass qui est près de lui en un établissement mixte autonome en la dotant de nouvelles constructions qui l'agrandissent.

Voici maintenant les *constructions et agrandissements* qui ont été effectués :

A l'*asile de Sonnenstein*, un quartier de surveillance pour les hommes, avec locaux pour 6 aliénés alités et ayant besoin d'une surveillance continue ; une habitation pour 12 malades; une habitation pour 2 à 3 malades; 3 chambres d'isolement; 2 dortoirs

pour 6 malades et pour 1 à 2 malades; des bains; une tisanerie; lieux d'aisances; habitation pour un médecin célibataire; chauffage central; buanderie.

Les dépenses de construction pour les deux pavillons occupés en juin 1890 se sont élevées à 133,000 marks (166,250 fr.).

Dans la division des femmes, on construit deux bâtiments semblables, évalués 219,000 marks (273,750 fr.).

Un obitoire avec salle d'exposition, salle de cérémonies, salle de resserre, salle d'autopsies et laboratoire d'histologie coûteront 14,400 marks (18,000 fr.).

La métairie de Cunnersdorf installée en juillet 1886 avec une superficie cultivable de 32 hectares, a pu recevoir 46 malades et 6 infirmiers au moyen d'une habitation nouvellement construite et grâce à l'achat d'une certaine quantité de terrain en sus.

L'annexe de Jessen, à une heure de Sonnenstein, affermée en 1887 et achetée en 1890 comprend 5 hectares et quart; on a construit des bâtiments qui ont permis d'y recevoir 120 malades et des aliénés incurables sous la surveillance d'un gardien en chef, elle est dirigée par l'asile de Sonnenstein.

La *métairie de Zschadras* a été transformée en un établissement autonome; on l'a agrandie en achetant un terrain de jardinage et quatre propriétés. On y a construit, pour la division des hommes, un bâtiment de 24 agités, un quartier de suveillance pour 14 malades, un bâtiment pour 8 malades à la 1re classe, un autre pour 20 malades à la 2e classe, une section pour 32 demi-agités, deux pavillons pour 80 tranquilles; pour la division des fermes, on a élevé un bâtiment pour 36 agitées, un pavillon pour 40 tranquilles, un quartier de surveillance pour 20 malades. On a l'intention d'édifier un temple, une salle de fêtes, un bâtiment économique, un bâtiment d'administration, deux pavillons de fonctionnaires; ces constructions sont les unes en train, les autres à terminer dans le courant de cette année. L'évaluation s'élève à 1,285,335 marks (1,606,668 fr.).

On y a construit aussi une nouvelle conduite d'eau qui coûte 88,000 marks (110,000 francs) et fournit quotidiennement 60,000 litres.

Le *nouvel asile d'Untergœltzsch*, dans le Voigtland, tout près de la ville d'Auerbach, est destiné à recevoir cinq à six cents malades du cercle du Voigtland et des districts voisins miniers. On espère l'ouvrir et le terminer cette année. Les terrains arables et les prairies sont de 71 hectares; il y a un bois de 27 hectares deux tiers dans une région saine, la superficie construite comporte 110,000 mètres carrés en pavillons séparés, disséminés dans des jardins. Il y a une division des hommes et une division de femmes. Chacune d'elles a son quartier d'admission et de surveillance continue, un pavillon d'agités, de demi-agités, de gâteux, d'impotents; deux

pavillons pour les tranquilles, un pavillon pour les malades de première classe, un autre pour les malades de deuxième classe. Le bâtiment administratif est commun aux deux divisions; il en est de même du temple, de la salle des fêtes, des bâtiments économiques, de l'obitoire, de deux pavillons de fonctionnaires, d'une salle de garde, d'une maison de jardiniers, de deux maisons d'infirmiers. Les dépenses monteront à 2,722,500 marks, soit 4,500 marks (5,625 francs) par tête.

A l'*asile d'Hubertusbourg*, pour recevoir de nombreux malades, on a commencé en 1880 à agencer le grand château, il a été terminé en 1889; cela a coûté 139,032 marks (173,790 francs). On a dû placer une nouvelle conduite d'eau : 110,600 marks (138,250 francs) et organiser un nouveau cimetière; à Liptiz affermer une propriété de 30 hectares pour y placer une annexe pour cinquante malades et quatre gardiens. Actuellement, l'établissement a une population de plus de 1,600 aliénés; il faut donc le diviser en deux établissements : un asile d'hommes, un asile de femmes, ayant chacun son directeur médical. Ces deux chefs de service seront placés sous l'autorité d'un directeur administratif. Cette organisation, tout à fait différente de celle qui domine dans les autres asiles d'aliénés, a pour raison d'être la communauté administrative de l'endroit et l'existence de l'hôpital régional à Hubertusbourg.

L'*asile d'Hochweitzschen*, qui jusqu'ici avait été réservé aux aliénés infirmes, en a été graduellement débarrassé depuis 1888 et destiné aux épileptiques qui, jusqu'alors, étaient reçus dans des asiles d'aliénés, dans les quartiers d'enfants de l'hôpital régional, dans la division des épileptiques d'Hubertusbourg. Hubertusbourg, depuis 1883, recevait des épileptiques hospitalisés dans l'asile construit à Kœnigswartha, mais trop petit jusqu'alors. Pour obtenir à Hochweitzschen des agrandissements nécessaires, on a acheté un bois de 17 hectares, un champ de 19 hectares, de sorte que sa superficie a atteint 42 hectares et demi. Sur les nouveax terrains, on a installé huit maisons coloniales et une métairie. Les épileptiques, ayant besoin de soins médicaux particuliers, sont casernés dans le bâtiment principal de l'asile et placés sous la direction du premier médecin de l'établissement, tandis que les cas moins graves sont réservés à la colonie et à la métairie, et confiés au pasteur de l'asile avec le concours du médecin.

A l'*asile de Colditz* on a monté dans l'avant-cour les bâtiments des chaudières et la buanderie.

Les *enfants arriérés*, reçus jusqu'ici à Hubertusbourg, n'y recevront que des soins médicaux; ils y restent inoccupés. C'est pourquoi en 1889 on envoya des fillettes à *Nossen*, des garçons à *Grosshennersdorf*. Ces deux établissements sont conduits par le

directeur de l'asile d'aveugles; mais en fait ils sont dirigés chacun par l'instituteur en chef. Dans ces deux établissements ils sont, sauf ceux qui sont inéducables, instruits; quatre classes préparatoires et quatre classes ordinaires sont destinées à cet effet. Puis ils sont occupés en sept quartiers de travailleurs. A la fin de l'année 1891, sur 224 garçons, il y en avait 103 capables d'instruction et de travail; 52 n'étaient capables que de travail manuel; 69 étaient incapables de travail; sur 158 filles, 100 étaient capables d'instruction et de travail; 17 n'étaient capables que de travail: 41 étaient incapables d'occupation. Les gardiens et les gardiennes leur apprennent à travailler.

En Saxe, comme ailleurs, on s'est préoccupé de former un *bon personnel d'infirmiers;* ce personnel comprend à peu près 800 personnes. En 1887, M. Jœppelt a conçu le plan de réunir les éléments nécessaires pour instruire ce personnel dans les asiles. En 1887 on a installé à Hochweitzschen une école spéciale pour les hommes et à Hubertusbourg une école pour les femmes. Dans ces locaux spéciaux habitent et sont instruits ceux et celles qui sont en cours d'études, ils sont en même temps le *home* de ceux qui sont et de celles qui sont en fonctions. Dans les autres asiles également les infirmiers et les infirmières ont leur demeure propre où ils vont se distraire et se délasser quand ils ne sont pas de service; ils y trouvent, avec l'agrément des relations, des éléments de perfectionnement et de distraction. Ces écoles et demeures du personnel secondaire sont confiées à l'autorité du pasteur de l'établissement; on lui a adjoint un médecin pour l'enseignement médical et d'autres d'instruction. Grâce à ces fondations, en 1891, on a obtenu pour les hommes 74 p. 100 de résultats et pour les femmes 67, il est à remarquer qu'en 1889 les résultats n'avaient été que de 51 p. 100.

Si l'on reçoit plus d'aliénés qu'avant dans les asiles et si, par suite, on est obligé de les agrandir, cela tient, non pas à la progression de l'aliénation mentale, mais à ce que les malades affluent dans les asiles d'État. Ainsi de 1875-1890 la population territoriale a augmenté de 27 p. 100, le nombre des aliénés de 31 p. 100 ; et le nombre de ceux des malades de nos asiles territoriaux de 52 p. 100. En 1890, il y avait en Saxe 1 aliéné pour 437 habitants ; 36 p. 100 des aliénés restaient dans leurs familles ; 12 p. 100 dans des hôpitaux communaux, dans des hospices, dans des dépôts d'indigents; 3 p. 100 entraient dans des asiles privés ; 49 p. 100 dans des asiles territoriaux.

En 1891 on a reçu à l'asile de traitement de Sonnenstein 261 malades : 33 p. 100 ont guéri; 15 p. 100 se sont améliorés; 12 p. 100 sont sortis guéris.

De tous les aliénés des asiles régionaux, 951 sont morts; et 9,19 p. 100 des épileptiques.

A la fin septembre 1891,

l'asile	d'Hubertusboug	possédait	1,624	malades.
—	de Sonnenstein	—	529	—
—	de Colditz	—	1,004	—
—	d'Hochweitszchen	—	504	—
—	de Grossherndorf	—	223	—
—	de Nossen	—	161	—

Il n'y a que 60 malades sur ce chiffre total qui n'appartienent pas à la Saxe.

En 1801, la dépense annuelle par tête y compris les frais généraux a été de 572 marks 96 (715 fr.) dont 231 marks 65 furent couverts par les recettes, l'État n'a donc à fournir que 341 marks 31 (426 fr.).

Ajoutons qu'il est établi par les études et discussions de 1891 dans les asiles d'État que 6 p. 100 des aliénés et 16 p. 100 des détenus sont redevables à l'ivrognerie de leur maladie mentale et de leurs crimes ou délits. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* L, 3, 4.)

P. Keraval.

VARIA.

Assistance des enfants idiots.

Sous cette rubrique, nous avons déjà cité bien des documents. Nous continuerons et, à l'occasion comme aujourd'hui, nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs, les lettres des personnes qui, par leur situation, sont à même de décider les mesures financières indispensables pour assurer l'assistance des enfants idiots et arriérés. B.

25 janvier 1895.

Cher Monsieur,

Permettez-moi de vous demander un service pour un malheureux enfant de mon canton. Il s'agit d'un jeune garçon de quatre ans qui est épileptique et même sourd-muet à ce qu'on m'a déclaré. La mère est grosse d'environ six mois, elle a encore une fille de deux ans et ne peut, vu son état et cette charge, ni travailler ni donner à son garçon les soins nécessaires, le père, seul, est en mesure de subvenir aux frais du ménage, mais il lui est impossible de surveiller suffisamment son enfant, lequel frappe sa petite sœur dès que le hasard les met ensemble. Pourrait-on faire entrer ce malade à

Bicêtre ou l'admettre dans une maison de santé? Je vous serais bien reconnaissant de me renseigner à cet égard.

Agréez, je vous prie, cher Monsieur, etc...

BARRIER,
Conseiller général de la Seine.

ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES.

Un jeune homme de dix-neuf ans, Henri Questel, fils du fermier de la Tuillerie, près Bonnières (Seine-et-Oise), fut pris, hier, en l'absence de ses parents et des serviteurs, d'un violent accès d'épilepsie. Il tomba dans le foyer et, lorsqu'on arriva dans la salle, on trouva son cadavre entièrement carbonisé. (*Le Journal*, 15 février 1895.)

Ce fait, comme tant d'autres que nous consignons, montre la nécessité d'hospitaliser les épileptiques. L'humanité la plus élémentaire le commande et, à son défaut, la sécurité publique.

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — MM. les médecins-adjoints dont les noms suivent sont promus à la première classe du grade : Dr Thivet (asile de Blois); Bonnet (asile de Saint-Robert); Charon (asile de Bailleul); Toulouse (asile clinique); Anglade (asile de Braqueville). — M. le Dr KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, qui, fort heureusement, est tout à fait remis de l'accident que nous avons raconté, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Armentières en remplacement de M. le Dr TAGUET, nommé, à sa place, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (division des hommes).

ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS. — Une place d'interne est vacante dans cet asile. M. le Dr Doutrebente, médecin-directeur, désire avoir un interne ayant toutes ses inscriptions, et voulant se consacrer à la spécialité des maladies mentales, 1,200 fr. par an et les avantages en nature.

NÉCROLOGIE. — « Nous avons la profonde douleur, écrit notre ami, M. le Dr Ritt, dans les *Annales*, d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami le Dr Donnet, décédé le 24 décembre 1894,

à Magnac-Bourg (Haute-Vienne), à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

« Jules-Yves Donnet était né à Magnac-Bourg, le 10 janvier 1831. Il s'était fait recevoir docteur en médecine en 1858; mais ce n'est qu'après 1870 qu'il entra dans le service des aliénés comme directeur-médecin de l'asil de Naugeat, près Limoges. Se rendant aux sollicitations d'un grand nombre d'électeurs notables de l'arrondissement de Saint-Yrieix, il se présenta aux élections générales du 21 août 1881, comme candidat à la députation, et fut élu à une grande majorité. Battu aux élections suivantes en 1885, par son concurrent radical, Donnet rentra dans le service des aliénés et fut choisi pour succéder à notre regretté ami Bigot comme directeur-médecin de l'asile de Vaucluse. Il se montra dans ces nouvelles fonctions administrateur distingué, médecin dévoué à ses malades; aussi lorsqu'en 1888, il fut, à une élection sénatoriale partielle, nommé sénateur de la Haute-Vienne, son départ fut-il universellement regretté : il devait être définitif, car Donnet, réélu au renouvellement de 1891, comptait bien ne plus rentrer dans le service des aliénés où il a laissé les meilleurs souvenirs. A l'expiration de son mandat il caressait le projet de se retirer dans son pays natal pour y terminer ses jours dans le calme et dans l'étude, au milieu des siens. Mais, hélas! notre pauvre ami portait déjà en lui le germe de la maladie qui devait l'emporter. Dans le courant de 1894, il dut subir une cruelle opération qui ne pouvait avoir pour résultat que d'arrêter momentanément la marche envahissante du mal. Dès ce moment, il se savait perdu : défiguré, en proie à d'intolérables souffrances, il voyait venir stoïquement la mort qui fut pour lui une délivrance.

« Donnet était aimé de tous ceux qui le connaissaient; il plaisait et attirait par son rare bon sens, son caractère plein d'aménité. Ceux qui ont eu, comme moi, la bonne fortune d'entrer dans son intimité, savent aussi qu'à ces qualités se joignait un cœur excellent, qu'il nous laisse à tous le souvenir d'un honnête homme, dans la plus large et la plus parfaite acception du mot. » — Nous nous associons de tout cœur aux sentiments exprimés par M. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bechterew (W.). — *Ueber den traumatischen Entzündung der Hirnride auf die Erregbarkeit derselben.* — 2 pages in-8°. — Extrait du *Neurologisches Centralblatt.*

BECHTEREW (W.). — *Ueber pupillenverengerude Fasern.* — Brochure in-8° de 6 pages. — Leipzig, 1894. — Extrait du *Neurologisches Centralblatt.*

BECHTEREW (W.). — *Ueber die Bedeutung der gleichzeitigen Gebrauchs der Bromide und der Adonis vernalis bei Epilepsie.* — Brochure in-8° de 6 pages. — Leipzig, 1894. — Extrait du *Neurologisches Centralblatt.*

BECHTEREW (W.). — *Ueber die Blutcirculation im Grosshirn während der Anfälle experimenteller Epilepsie.* — Brochure in-8° de 5 pages. — Leipzig, 1894. — Extrait du *Neurologisches Centralblatt.*

BECHTEREW (W.). — *Unaufhaltsames Lachen und Weinen bei Hirnaffectionen.* — Brochure in-8° de 27 pages. — Berlin, 1894. — Extrait des *Archiv. für Psychiatrie.*

BECHTEREW (W.). — *Akinesia Algera.* — Brochure in-8° de 29 pages. — Extrait du *Deutsches Zeitschrift für Nervenheilkunde.*

DONATH (J.). — *Ueber recidivirende Facialis lähmungen.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Budapest, 1894. — Chez l'auteur.

LEGRAIN (M.). — *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, avec une préface de BARBIER. — Volume in-12 de XXXVI-255 pages. — Paris, 1895. — Librairie G. Carré.

MASSALONGO (R.). — *Sull' attetosi doppia.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Padova, 1894. — Alla Reale Università.

MASSALONGO (R.) — *Sull'atetosi doppia.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Padova, 1894. — *Clinica Medica della R. Universita di Padova.*

MASSALONGO (R.) — *Erisipela periodica catamaniale.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Napoli, 1894. — Tipographia della *Reforma Medica.*

MEIGE (H.). — *Les possédées noires.* — Volume in-8° de 90 pages. — Paris, 1894. — Imprimerie Schiller.

MERCIER (A.). — *La diminution du poids du cerveau dans la paralysie générale.* — Graphiques destinés à faire ressortir cette diminution sur le cerveau et ses parties constitutives. — Brochure in-8° de 42 pages. — Paris, 1895. — G. Masson.

RÉGIS (E.) et MOURE (J.). — *Végétations adénoïdes et dégénérescence.* Brochure in-8° de 12 pages. — Bordeaux, 1894. — Librairie Féret et fils.

SEGUIN (E.). — *Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux,* avec une préface par Bourneville. — Volume in-8° de XLVIII-380 pages. — Troisième volume de la *Bibliothèque d'éducation spéciale.* — Prix : 5 francs; pour nos abonnés, 3 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 395

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

VOLUME XXIX (1895) NUMÉRO 98 (Avril.)

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1895

Abonnements : Paris, 20 fr. — France, 22 fr. — Étranger, 23 fr.

Vol. XXIX. Avril 1895. N° 98

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'INTOXICATION DANS L'ÉPILEPSIE [1];

Par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière; et RAYMOND PETIT, interne des hôpitaux.

Dans cette étude nous n'aurons en vue que l'épilepsie générale, telle qu'on la décrit aujourd'hui au point de vue clinique. Connue de toute antiquité, elle a été considérée comme une névrose et décrite sous diverses dénominations : morbus herculeus, morbus sacer, mal comitial, mal lunatique, haut mal, mal Saint-Jean, etc., etc. Ambroise Paré dans ses œuvres l'appelle épilepsie du grec επιλαμβανειν (surprendre), parce qu'il y a en effet surprise ou rétention de tous les « sentiments dont il advient que le malade chet en terre s'il n'est soutenu ». Cette expression est très bonne, car en effet l'individu est surpris dans l'apparence d'une santé parfaite et terrassé tout d'un coup. Dans ces dernières années l'épilepsie s'est vu arracher une partie de son domaine : les convulsions épileptiformes des femmes en couches, des enfants scarlatineux, etc., ont été classées à part.

D'un autre côté, Bravais avait déjà signalé l'épilepsie hémiplégique, quand Huglings Jackson vint démontrer par ses travaux que des lésions localisées à certaines circonvolutions cérébrales pouvaient provoquer des convulsions partielles ou générales des membres. — Enfin les expériences de Férier et de Hitzig confirmèrent les données de ces auteurs.

[1] Ce mémoire a obtenu une mention honorable à l'Académie royale de Bruxelles (novembre 1894). — L'Institut de France a accordé une citation dans le concours du Prix Montyon (décembre 1894).

C'est ainsi que le domaine de l'épilepsie idiopathique s'est rétréci de jour en jour et qu'on est arrivé à admettre des épilepsies idiopathiques et des épilepsies symptomatiques. Il est évident qu'épilepsie idiopathique ne veut pas dire épilepsie sans cause, mais signifie seulement que cette cause est encore inconnue, indéterminée. Il doit y avoir des altérations fonctionnelles et même des lésions comme celles que M. Chaslin a trouvées dans le tissu névroglique; mais ces lésions relèvent probablement, comme nous essayerons de le démontrer d'excitations répétées; or celles-ci pensons-nous doivent être d'ordre réflexe, provoquées dans la grande majorité des cas par l'action d'une substance toxique, introduite dans l'économie ou produite par elle-même.

Ces diverses causes agiraient sur la contractilité réflexe des vaisseaux du cerveau par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs généraux bulbaires et produiraient les convulsions en excitant le centre convulsif du bulbe surtout chez les sujets héréditairement prédisposés. En effet l'épileptique naît épileptique, il a un système nerveux défectueux, prédisposé à réagir aux excitations par des manifestations convulsives, lypothimiques ou délirantes à certains moments de son existence. Il est en quelque sorte épileptique en puissance avant de l'être en acte.

D'ailleurs, les accès comitiaux débutent parfois plus tôt qu'on ne le pense et nous croyons que dans bon nombre de cas, les convulsions essentielles de l'enfance dont la pathogénie reste encore si obscure n'en sont que les premières manifestations. Ceci nous a surtout paru évident, lorsque nous avons voulu fouiller un peu les antécédents de nos malades hystéro-épileptiques dont les premières crises étaient purement hystériformes. Dans tous ces cas, en effet, où l'hystérie semblait marquer le début, nous avons pu nous convaincre qu'il y avait eu antérieurement des convulsions de l'enfance. Sans doute il serait exagéré de dire que toutes les convulsions infantiles annoncent fatalement l'épilepsie, mais leur existence n'a pas fait défaut dans un seul des cas que nous avons examinés; on peut donc y attacher une certaine importance, et devant ces manifestations nerveuses du bas âge le pronostic restera d'autant plus réservé pour l'avenir, que les antécédents héréditaires du sujet seront plus chargés. L'hérédité nerveuse joue ici un grand rôle, surtout lorsqu'elle est convergente, nous y avons déjà

insisté ailleurs [1]. Mais nous ne voulons pas nous attarder à ces considérations cependant très intéressantes ; notre but dans ce travail sur l'épilepsie générale essentielle, est assez difficile à atteindre pour qu'il nous soit permis de nous localiser. Nous étudierons seulement quelques symptômes spéciaux peu ou point décrits jusqu'à ce jour, nous efforçant de leur attribuer l'importance qui revient à chacun d'eux, ne voulant pas décrire la symptomatologie de l'épilepsie en général. Puis nous aborderons les causes et la pathogénie, et nous terminerons par le traitement de cette redoutable affection.

1° *Troubles de l'appareil digestif.* — Les troubles de l'appareil digestif et plus spécialement de sa portion supérieure ont un caractère de constance remarquable ; jamais ils ne manquent dans l'épilepsie générale, et leur importance est d'autant plus grande, qu'ils précèdent les accès isolés ou en série et permettent ainsi de les prévoir et même parfois de les prévenir. De plus leur persistance en fait un signe précieux ; elle permet d'affirmer ou non la fin d'une série d'accès ou de trouble mental consécutif.

Chaque fois qu'un épileptique est en imminence d'accès, on observe chez lui un état saburral de la langue, des plus prononcés. Plus ou moins étalé, cet organe est recouvert d'un épais enduit d'un blanc sale, souvent vers la base il prend une teinte jaunâtre, tandis que la pointe et les bords apparaissent rouges avec un piqueté de même couleur à la limite de l'enduit saburral. C'est en somme l'aspect qu'offre la langue dans ce qu'on est convenu d'appeler l'embarras gastrique fébrile, c'est-à-dire dans les infections et auto-intoxications gastro-intestinales.

En suivant de près les malades, en les examinant tous les jours, il est facile de se convaincre que chaque fois que ce symptôme apparaît, une manifestation épileptique quelconque est prochaine. Les jours suivants, en effet, on voit survenir une série de vertiges, un ou plusieurs accès, de l'agitation, etc.

Au début, la langue est seulement un peu sale, puis chaque jour, l'état saburral augmente, jusqu'à l'apparition des accidents. Si les accès sont isolés, la langue redevient normale, après chacun d'eux et reste de même jusqu'à l'approche de l'accès suivant. Mais on sait que les vertiges et les accès ne se présentent pas toujours sous la forme isolée, il est fréquent de les voir se grouper en séries. Dans ce cas les choses se passent

[1] Jules Voisin. — *L'Idiotie*, 1893.

d'une façon très différente. L'état saburral apparaît et s'accroît progressivement, annonçant l'arrivée des accidents épileptiques; puis la première attaque éclate; mais la langue au lieu de revenir ensuite à l'état normal, reste couverte de son enduit saburral qui devient même plus épais et plus sale, bien loin de disparaître. Cela ne doit pas nous surprendre, car un nouvel accès ne tarde pas à se produire, puis un autre, et ainsi de suite. On est dès lors en présence d'une véritable série. La série doit être admise ici, dans son acception la plus large.

Chez les malades sériels qui ont une suite non interrompue d'accès, la détermination des séries est très simple, elle s'impose à l'observateur; les accès paraissent et se répètent très rapprochés les uns des autres pendant un laps de temps variable, pour disparaître ensuite quand la série se termine. Ce moment est d'ailleurs marqué par la disparition de l'état saburral de la langue. Mais s'il y a un intervalle de vingt-quatre ou quarante-huit heures sans accès, on peut être porté à penser que la série est terminée, de sorte que des accès revenant après un ou deux jours sont attribués à une nouvelle série. Or, cette interprétation des faits est complètement erronée, comme on peut facilement s'en rendre compte en surveillant l'état de la langue. Malgré l'interruption des accès, l'enduit saburral persiste, et augmente même, et cela suffit pour permettre d'affirmer que la série n'est pas terminée; en effet, après ce moment de répit, de nouvelles attaques surviennent. C'est seulement lorsque la langue redevient nette, lorsque les troubles gastro-intestinaux disparaissent que l'on peut dire avec certitude une série terminée.

Il est des accès isolés et des accès sériels qui entraînent un trouble mental consécutif d'une durée et d'une intensité variables; il est intéressant de voir ce que devient dans ces cas, l'état saburral de la langue. Ici comme tout à l'heure les accès s'arrêtent mais les accidents épileptiques ne sont pas terminés, de nouvelles crises survenaient dans le premier cas, ici c'est le trouble mental qui s'établit. La langue devrait donc rester dans le même état. C'est ce que l'on constate invariablement; tant que dure le trouble mental, l'état saburral persiste et il augmente s'il doit survenir quelque accès convulsif.

Après un temps plus ou moins long, la langue commence à devenir meilleure, et c'est l'indice certain que le trouble mental touche à sa fin. Chaque jour la langue se rapproche de

l'état normal et parallèlement le délire épileptique s'amende, la raison reparaît. Lorsque enfin le malade est redevenu lucide, l'état saburral a complètement disparu.

Ce parallélisme absolu entre l'état de la langue et les accidents épileptiques a donc une importance capitale et indique une relation bien nette entre les deux choses, relation sur laquelle nous reviendrons, du reste, plus loin dans un essai d'interprétation pathogénique. Ce qu'il importe de faire ressortir pour l'instant, c'est que toute manifestation épileptique quelle que soit sa nature ou sa forme, vertiges, accès, trouble mental ou accidents larvés, est annoncée et accompagnée par l'état saburral de la langue; c'est que la durée de cet état est égale à celle des accidents, et que sa disparition annonce le retour à l'état normal.

Les anciens considéraient la langue comme le miroir fidèle de l'estomac, toute modification de celle-là répondant à un état particulier de celui-ci. L'estomac doit donc être atteint dans l'épilepsie, l'état de la langue l'atteste à priori, et les faits le prouvent; dans la migraine ophtalmique d'origine épileptique cet état est des plus manifeste.

Lorsque nos malades sont en imminence d'accès, ils accusent une diminution très marqué de l'appétit avec dégoût pour les aliments; ils sentent la bouche pâteuse et amère, parfois même ils ont des nausées. Il est absolument exceptionnel de rencontrer quelques sujets qui n'éprouvent qu'un goût amer sans perte de l'appétit. Cet état s'accompagne ordinairement d'une constipation assez opiniâtre, avec de la céphalée et un malaise général qui peuvent revêtir la forme d'une violente migraine. Mais en tout cas, il y a constamment des troubles gastro-intestinaux avec coprohémie. Ces phénomènes gastriques sont tellement constants dans leur apparition que bon nombre des malades viennent d'eux-mêmes nous en rendre compte et ils en concluent que « leur accès les cherche », telle est l'expression dont ils se servent, en même temps qu'ils nous réclament une purgation.

Ils ont raison, cet état gastrique, dont l'enduit de la langue n'est qu'une manifestation, se produit chaque fois que les accès doivent reparaître. Nous avons fait à ce moment des lavages de l'estomac avec le tube de Faucher : ils sont venus donner la pleine et entière confirmation de ce qu'annonçaient ces symptômes : le liquide qui revient de l'estomac est mêlé

d'une quantité considérable de mucosités filantes et épaisses, de couleur sale, jaunâtre, parfois mêlées de bile. Leur abondance est telle qu'il faut faire passer dans l'estomac plusieurs litres de liquide avant qu'on puisse le retirer à peu près limpide. La recherche des toxines dans ce liquide n'a pu encore être faite par nous jusqu'à ce jour.

Il paraît à première vue évident que cet état gastrique doit suivre les mêmes variations que nous avons signalées pour la langue. Cependant, pour nous en assurer, nous avons fait des lavages de l'estomac à diverses périodes, tantôt avant l'accès, tantôt pendant la série, pendant le trouble mental et, enfin, quand les accidents viennent de disparaître. Ces expériences nous ont apporté la certitude que, comme l'état saburral de la langue, les troubles gastriques qui marchent de pair vont en augmentant jusqu'à l'apparition de l'accident épileptique, que ce soit un vertige, un accès, une série d'attaques ou une période d'agitation ; ensuite ils disparaissent si l'accès est isolé, ou persistent quand il y a série. Eux aussi, facilitent la détermination en série des attaques comitiales, quand il y a vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle entre deux accès d'une succession sérielle. Jamais ils ne manquent, pendant toute la durée du trouble mental, augmentant si un nouvel accès doit survenir, et diminuant pour disparaître quand les manifestations épileptiques vont prendre fin.

L'attention avait déjà été attirée sur ces phénomènes gastro-intestinaux par quelques auteurs, mais on n'en avait peut-être pas montré exactement l'évolution, et ces symptômes capitaux étaient restés dans l'ombre ; ils nous paraissent, au contraire, avoir une extrême importance. C'est ainsi que Roberto Massalongo[1] décrit l'épilepsie gastrique, rapprochant les cas qu'il rapporte de ceux décrits par Pommay[2] sous la même dénomination. Tandis que ce dernier attribue les accès à l'action réflexe du pneumogastrique excité, le premier entrevoit la possibilité d'une auto-intoxication ; encore l'un et l'autre ne parlent-ils que de cas tout à fait spéciaux, dans lesquels on a affaire à des sujets qui font un écart de régime, ou qui mangent trop vite ou trop abondamment : c'est encore ce qu'on a appelé l'épilepsie des gros mangeurs. M. Féré, dans son ouvrage *les Épileptiques et les Épilepsies* (1890), p. 301,

[1] Roberto Massalongo. — *Épilepsie gastrique* (*Lo Sperimentale*, 1889).
[2] H. Pommay. — *Épilepsie gastrique* (*Revue de Médecine*, 1881).

parle aussi des phénomènes gastriques, mais ce sont des faits un peu particuliers qui n'ont pas le caractère de constance de ceux que nous signalons, Il insiste surtout sur ces écarts de régime des gros mangeurs, dont a parlé M. Lépine[1]; M. Féré ajoute cependant : « Il faut remarquer, d'ailleurs, que certains troubles gastriques font partie du paroxysme intellectuel. » Mais il n'insiste pas davantage et passe aux troubles intestinaux qui peuvent apparaître, déterminant l'accès, tels que la diarrhée des enfants, les vers intestinaux, tænias, lombrics, larves de mouches, etc... Toutefois, nous devons dire que cet auteur, tout en admettant l'excitation locale surtout des terminaisons du nerf vague avec phénomènes réflexes, ne repousse pas l'idée d'une intoxication.

Il ressort donc de ceci que les troubles gastro-intestinaux et leur cortège sont absolnment constants dans les accidents épileptiques. Les modifications de la langue, indiquant la manière d'être et l'état des fonctions de l'estomac et de tout le tube digestif, permettent de prévoir les accidents et s'accompagnent de tout l'ensemble symptomatique habituel d'une intoxication. Ces signes précoces n'apparaissent pas seulement au moment des accès convulsifs; ils précèdent toute manifestation épileptique. On les constate aussi bien dans les accès complets que dans les accès incomplets; ils sont également précurseurs des vertiges, des absences, quelle qu'en soit la forme; ils accompagnent même les migraines ophtalmiques dont la plupart sont considérées aujourd'hui comme étant du ressort de l'épilepsie; il n'y a, dans tous ces cas, qu'une question de degré assez variable d'ailleurs.

Toutefois, ces symptômes semblent acquérir nettement leur maximum d'intensité dans les périodes d'agitation prolongées et surtout dans l'état de mal épileptique dont la gravité est bien connue.

Les troubles gastriques manquent d'ordinaire dans l'épilepsie partielle; mais on sait que, souvent, ces épilepsies localisées aboutissent plus tard à l'épilepsie générale. Chaque fois qu'il en est ainsi, on voit les troubles gastriques apparaître en même temps que la généralisation. Tous ces signes dont l'évolution est parallèle, précèdent les accidents, les accompagnent et par leur disparition en annoncent enfin la terminaison.

[1] Lépine.— *Revue mensuelle de Médec. et de Chirurg.*, 1877, p. 573.

DES URINES.

L'étude de la sécrétion urinaire chez les épileptiques, n'est ni moins intéressante, ni moins instructive que celle des troubles gastro-intestinaux dont nous venons de parler. L'émonctoire rénal devait en effet nous fournir ici de précieux renseignements; de nombreuses recherches ont déjà été faites dans ce sens. Les premières recherches portèrent d'abord sur l'albuminurie. Dès 1854, Seyfert[1] signale la présence de l'albumine en grande abondance dans l'urine après les attaques, mais il ajoute que cette albumine n'est pas constante et n'apparaît pas chez tous les sujets. Reynold[2], Sievekinh[3], Sailly[4], nient au contraire son existence. Bazin[5] la considère comme fréquente dans les crises terribles. Huppert[6], de Witt[7], Nothnagel[8], discutent le rapport de son absence avec l'intensité des accès. Citons encore les noms de Furtsner[9], Rabow[10], Otto[11], Fiori[12], Hallarger[13], Klendgen[14], qui admettent l'albuminurie postparoxystique et ceux de Richter[15], Rabeneau[16], Karrer[17], Christian[18], Mabille[19], Bowetl[20] et Saundly[21] qui la repoussent.

[1] Seyfert. — *Dublin, quarteley Journal*, 1854.
[2] Reynold. — *On Epilepsy*, 1861.
[3] Sievckinh. — *On Epilepsy*, 2e édit., 1864.
[4] Sailly. — Thèse de Paris, 1861.
[5] Bazin. — Thèse de Paris, 1868.
[6] Huppert. — (*Wirchow's arch.*, Bd. LIX et *Archiv. für psych.*, Bd. VII.)
[7] De Witt. — *Albuminuria as ta sympt of epilepsia paroxym* (*the American Journal of med.*, avril 1875).
[8] Nothnagel. — (*Ziemssen Haudbuch.* art. *Epilepsia.*)
[9] Furtsner. — (*Archiv. für psych.*, Bd. VI.)
[10] Rabow. — (*Archiv. für psych.*, Bd. VII.)
[11] Otto. — (*Berlin. Klin. Woch.*, 1875.)
[12] Fiori. — (*Italia Medica* 1881.)
[13] Hallarger. — *Post epilep. albuminuri* (*Nord Méd. ark. Stockolm*, 1889).
[14] Klendgen. — (*Arch. für psych.*, Bd. XI, 1881.)
[15] Richter. — (*Arch. für psych.*, Bd. VI.)
[16] Rabeuran. — (*Arch. für psych.*, Bd. VII.)
[17] Karrer. — (*Berlin. Klinisch Woch.*, 1875.)
[18] *Gaz. méd.*, Paris, 1881.
[19] Mabille. — (*Annales médico-psych.*, nov. 1880).
[20] Bowetl. — Th. de Paris, 1877.
[21] Saundly. — *On the albuminuria of Epilepsy* (*Méd. Times and. Gaz.*, 1882).

Enfin, un de nous a fait avec M. Péron, interne des hôpitaux[1], une série d'expériences sur ce sujet qui nous ont conduit aux expériences suivantes :

1° L'albuminurie postparoxystique existe dans la moitié des cas ;

2° Elle se rencontre dans tous les modes d'épilepsie ;

3° L'état de mal épileptique paraît toujours accompagné d'albumine ;

4° L'albuminurie est constante chez les mêmes malades, mais elle est très fugace et très variable en quantité. Elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès convulsif et elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face.

Comme on l'a fait remarquer, cette albuminurie peut, quand elle se manifeste pendant un état de mal épileptique, être la source d'erreurs de diagnostic. Elle fait penser en particulier à l'éclampsie. Mais d'autre part elle semble aussi venir se joindre à l'ensemble symptomatique pour établir un rapprochement frappant entre les deux états. Sans vouloir faire de l'éclampsie et de l'épilepsie aiguë une seule et même chose, on peut cependant leur remarquer de nombreuses ressemblances, de nombreux points communs.

Depuis les travaux du professeur Bouchard[2], l'examen des urines présente, en outre, un nouveau point important. Nous voulons parler de la toxicité urinaire. Dès lors, nombre d'expérimentateurs s'occupèrent de déterminer le coefficient urotoxique de l'urine dans toutes sortes d'affections. Pour ce qui concerne le sujet qui nous intéresse ici, l'épilepsie, les premières recherches furent dues à MM. Deny et Chouppe[3]. M. Féré[4], l'année suivante, apportait à son tour les résultats de ses expériences sur ce sujet, combattant l'opinion de M. Chevalier Lavaure[5]. M. Mairet, de Montpellier, et ses élèves, firent aussi des expériences analogues, mais qui portèrent sur les aliénés et les hystériques. Enfin, en 1891, avec Péron[6], un de nous fit une série d'expérimentations qui nous amenèrent à

[1] Jules Voisin et Péron. — (*Archives de Neurologie* n° 69.)
[2] Bouchard. — *Auto-intoxication*, 1885.
[3] Deny et Chouppe. — (*Société de Biologie*, 1890.)
[4] Féré. — (*Société de Biologie*, 1890).
[5] Chevalier-Lavaure. — Thèse de doctorat Bordeaux, 1890.
[6] Jules Voisin et Péron. — (*Archives de Neurologie*, n° 71 et 73.)

conclure qu'il y a hopotoxicité avant et pendant les accès, et que l'hypertoxicité est consécutive ; il y aurait donc une véritable élimination de toxines après les accès.

Nous avons repris ces expériences non seulement chez des épileptiques simples, mais aussi chez des épileptiques hémiplégiques, et nous sommes arrivés, dans les deux cas, à des conclusions à peu près semblables à celles de ces derniers auteurs[1]. Il y aurait donc hypotoxicité avant et pendant les accès, hypertoxicité après ces manifestations.

Cette variation de la toxicité urinaire est par conséquent en sens inverse des troubles de l'appareil digestif, puisque l'hypotoxicité apparaît lorsque ces troubles se manifestent, tandis que leur disparition accompagne l'hypertoxicité. Cela a son importance, car la toxicité urinaire, comme les troubles gastriques, permet de déterminer les accès en séries, lorsqu'il y a des intervalles de vingt-quatre ou quarante-huit heures sans accidents. En effet, l'urine des vingt-quatre heures recueillie pendant cet intervalle reste hypotoxique, et l'hypertoxicité ne se manifeste que lorsque la série est réellement achevée.

Au *Congrès de médecine mentale* tenu en août 1893, à la Rochelle, la question de la toxicité urinaire a été remise sur le terrain et a donné lieu à de nombreuses discussions. En effet, plusieurs expérimentateurs apportaient des résultats absolument contradictoires. Les conclusions de cette longue discussion n'étaient guère en faveur de cette méthode d'expérimentation, il faut l'avouer. En réalité, il n'y a rien là qui doive nous surprendre. Les recherches de la toxicité urinaire doivent évidemment donner des résultats variables, suivant le mode d'expérimentation et les animaux soumis aux expériences. Les uns ont choisi la voie sous-cutanée, les autres la voie péritonéale, d'autres enfin la voie vasculaire. Ces derniers même n'ont pas tous suivi le même procédé. Tantôt l'injection était faite dans la veine marginale de l'oreille, tantôt dans l'artère médiane, tantôt dans l'artère jugulaire, etc. La pression et la rapidité d'injection sont aussi évidemment de nature à modifier les résultats.

De plus il faut agir avec la totalité des urines émises dans les vingt-quatre heures physiologiques; c'est-à-dire comprenant celles de l'état de veille et celles du sommeil. Or, chez les

[1] Voir *Congrès de médecine mentale à La Rochelle*, 1893. Jules Voisin et Raymond Petit.

épileptiques, les causes d'erreurs sont nombreuses de ce côté. S'il survient des accès, presque toujours ils s'accompagnent de mictions involontaires et cette urine n'est point recueillie dans la totalité des vingt-quatre heures. En outre, lorsqu'il y a trouble mental consécutif aux accès ou agitation maniaque, le prélèvement des urines est à peu près impossible. La sonde à demeure elle-même est souvent repoussée hors de la vessie lorsque les accès sont nombreux, intenses et subintrants comme dans l'état de mal. Il n'est pas jusqu'au moment de l'évacuation des garde-robes qui ne vienne apporter une cause d'erreur. A plus forte raison chez les épileptiques tombés dans la démence avec gâtisme.

Enfin, il faudrait pouvoir tenir compte de la force de résistance de chaque animal soumis aux expériences et de ses prédispositions pour avoir quelque chose d'absolument rigoureux. On sait, en effet, que les animaux réagissent difficilement sous l'influence des poisons et que cette différence n'est pas absolument proportionnelle au poids du corps. Nous en avons vu supporter des doses très considérables d'urine et se mettre à uriner goutte à goutte d'une façon continuelle ; la mort arrivait alors par déglobulisation. D'autres qui ne présentaient pas cette diurèse constante, avaient des accidents convulsifs et ne supportaient que des doses très inférieures. On sait, du reste, que les poisons sont mieux supportés pendant la digestion qu'à jeun. Il faudrait donc pouvoir tenir compte de toutes ces conditions. D'ailleurs, l'urine est un milieu dont la composition, très complexe, varie à chaque instant et sous mille influences, dont beaucoup, sans nulle doute, nous échappent encore. Or, MM. Godart et Schlosse[1] ont essayé d'injecter dans les veines des lapins des solutions titrées d'un poison comme la strychnine. Ils sont arrivés à cette conclusion que pour tuer un kilogramme de lapin, il faut une dose de strychnine qui varie de trente-quatre à deux cent trente centièmes de milligramme. Il faut avouer que ces résultats sont peu encourageants. Toutefois, si la recherche du coefficient urotoxique de l'urine est épineuse, si les résultats ne sont pas rigoureux, s'ils sont incertains même, il ne s'en suit pas qu'il faille les rejeter complètement. Ils peuvent, en effet, rendre de très utiles services, quand ils viennent se joindre à d'autres

[1] MM. Godart et Schlosse. — (*Ann. et Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, septembre 1893.)

résultats non douteux et parler dans le même sens. Aussi, nous ne les rejetterons pas, nous essaierons seulement de leur donner leur juste valeur dans la pathogénie de l'épilepsie.

Nous avons fait à plusieurs reprises doser les. principaux éléments de l'urine émise en vingt-quatre heures en dehors des accès et pendant les accès par M. Oliviero, interne en pharmacie. Voici les résultats de ses analyses :

RAUL., vingt-deux ans; épilepsie. Analyse de l'urine des vingt-quatre heures après les accès.

Volume, 1450 grammes. Couleur jaune ambré. Aspect trouble et sale. Dépôt peu abondant. Odeur ammoniacale accentuée. Consistance fluide. Réaction faiblement acide. Densité 1018.

	Par litre	Par 24 heures
Urée	14 gr 50	21 gr 02
Phosphates alcalins. . . .	0, 971	1, 387
— terreux	0, 186	0, 291
Acide phosph. total. . . .	1, 157	1, 078
Chlorure de sodium. . . .	12, 0	17, 40
Albumine	0, 300	0, 435
Sucre.	0, 0	0, 0

Quelques leucocytes; hématies décolorées et déformées. Rares globules gras. Cellules épithéliales.

FOUL..., vingt et un ans; épilepsie. Analyse de l'urine des vingt-quatre heures après les accès.

Volume, 1450 grammes. Couleur jaune ambré. Aspect trouble et sale. Dépôt peu abondant. Odeur ammoniacale accentuée. Consistance fluide. Réaction à peine acide. Densité, 1016.

	Par litre	Par 24 heures
Urée	13 gr 0	13 gr 85
Phosphates alcalins. . . .	0, 50	0, 725
— terreux	0, 314	0, 455
Acide phosp. total	0, 814	1, 180
Chlorure de sodium. . . .	10, 80	15, 06
Albumine.	0, 320	0, 448
Sucre	0, 0	0, 0

Leucocytes assez nombreux. Hématies peu colorées. Quelques cellules épithéliales. Grains d'amidon.

Observation de Mor..., épileptique.

7-8 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	825
Densité	1025
Urée par litre.	22,90

Acide phosph. total par litre	2,03
— alcalin	1,07
— terreux	0,96

8-9 *octobre*. — Pas d'attaque.

Volume	450
Densité	1021
Urée par litre	22,40
Acide phosphorique total	1,85

9-10 *octobre*. — Attaque.

Volume	700	Urine perdue pendant l'attaque.
Densité	1021	
Dépôt d'acide urique.		

Il a été retiré 100 grammes d'urine de la vessie à la suite d'un sondage immédiatement après l'attaque. Ces 100 grammes d'urine contenaient 1,56 d'urée, qui représente 15,60 d'urée par litre. La malade a uriné une heure après l'attaque 100 autres grammes d'urine contenant 1,08 d'urée, c'est-à-dire 10,80 par litre.

Urée dans l'urine des vingt-quatre heures suivant l'attaque, en litre	21,08
Acide phosphorique (augmenté)	2,250
Acide phosp. combiné aux alcalis	1,50
— — — aux terres	0,75

21-22 *octobre*. — Pas d'attaque.

Volume	1300
Densité	1020
Urée par litre	15,10
Acide phosphorique total	1,18
— alcalin	0,80
— terreux	0,38

23-24 *octobre*. — Pas d'attaque.

Volume	1450
Densité	1020
Urée	17,50
Acide phosp. total	1,75
— alcalin	1,12
— terreux	0,576

29-30 *octobre*. — Pas d'attaque.

Volume	1205	Urine perdue.
Densité	1019	
Réaction acide.		

Urée par litre	27,30	
Acide phosp. total	2,35	augmenté.
— alcalin	1,87	
— terreux	0,48	

Observations de Vaud... (Salle Séguin).

12-13 *octobre* 1891. — Deux attaques d'épilepsie.

Volume	500	(urine perdue).
Urée par litre	20,25	
Acide phosphorique total	2,32	

13-14 *octobre.* — Cinq vertiges.

Volume	600
Urée	18,10
Acide phosphorique total	2,30

18-19 *octobre.* — Grande attaque, trois vertiges.

Volume	850	(urine perdue).
Densité	1016	
Urée	27,19	
Acide phosphorique total	2,25	

19-20 *octobre.* — Attaque.

Volume	1030
Densité	1018
Urée par litre	18,60
Acide phosphorique par litre	2,25

20-21 *octobre.* — Vertiges et trois petites attaques.

Volume	850
Densité	1025
Urée	19,10
Acide phosphorique total	2,56
— alcalin	1,70
— terreux	0,85

Enfin le 21 et le 22, la malade n'a pas d'attaque.

Volume	600 (?)	
Densité	1018	
Urée par litre	18,91	
Acide phosphorique total	1,28	(diminué).

Observations de Seph...

5-6 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	560
Densité	1020

Urée	17,00
Acide phosphorique total	1,36

6-7 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1300
Densité	1012
Urée	16,45
Acide phosphorique total	1,305
— alcalin	0,95
— terreux	0,41

8-9 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1150
Densité	1011
Urée	13,50
Acide phosphorique total	1,35

9-10 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1000
Urée	9,40
Acide phosphorique total	0,88
— alcalin	0,62
— terreux	0,26

13-14 *octobre.* — Attaque.

Volume recueilli	560	
Urée	23,20	
Acide phosphorique	2,68	(augmenté).

18-19 *octobre.* — Attaque.

Volume	900
Densité	1021
Acide phosphorique	2,70

19-20 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1200
Densité	1015
Urée	15,10
Acide phosphorique	1,14

Observations de deux malades ayant une élimination d'urée presque nulle et augmentation d'acide phosphorique.

21-22 *juillet.*— MEA... (salle Séguin), 35 attaques par jour (urine sous elle).

Volume	650
Densité	1026

Réaction acide.

Acide phosph. total	2,61
— alcalin	2,25
— terreux	0,35
Chlorure de sodium	6,50
Urée par litre	4,10
Acide urique considérablement augmenté.	1,10

21-22 *juillet.* — Vill..., attaque.

Volume recueilli	550
Densité	1031
Réaction acide.	
Acide phosphorique total	3,42
— alcalin	3 »
— terreux	0,45
Chlorure de sodium	20 »
Urée par litre	5 »
Albumine	4 »
Peptone	traces
Indican	quantité notable
Acide urique	0,80

Observation de Dem..., épileptique.

5-6 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1020
Densité	1019
Urée par litre	13,50
Acide phosphorique total	1,15
— alcalin	0,75
— terreux	0,40

6-7 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1700
Densité	1010
Urée	7,02
Acide phosphorique total	0,80
— alcalin	0,65
— terreux	0,15

13-14 *octobre.* — Pas d'attaque.

Volume	1250
Urée	18,10
Acide phosphorique total	1,68

Suivent huit analyses d'urine (période de repos).
Les éléments sont dans le même rapport que précédemment.

L'on fait suivre à la malade un régime végétal. Il n'y a pas

d'attaque et cependant il y a inversion des phosphates. (Analyse suivante).

Volume	1500	
Densité	1011	
Urée	10 »	
Acide phosphorique total	1,18	Inversion. Épileptique, période de calme.
— alcalin	0,592	
— terreux	0,59	

Le régime végétal est continué, Dem... a trois attaques d'épilepsie.

Volume	1600	
Densité	1015	
Urée par litre	10,15	
Acide phosphorique total	1,85	(augmeuté).
— alcaline	0,95	Inversion.
— terreux	0,86	

Cette observation est déjà publiée dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1892, pour montrer que l'inversion peut se trouver chez : 1° l'individu sain; 2° l'épileptique; 3° l'hystérique.

On peut voir, en jetant les yeux sur les chiffres qui précèdent, qu'à la suite des accès : 1° l'urine provenant des vingt-quatre heures suivant l'attaque a un volume généralement plus considérable, comme cela avait déjà été remarqué par plusieurs auteurs; 2° que l'urée est augmentée; 3° que les phosphates surtout sont en excès. Cette plus grande quantité d'acide phosphorique à la suite des accès pourrait servir au diagnostic différentiel de l'épilepsie et de l'hystérie de préférence à l'inversion des phosphates comme le veulent MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. En effet, cette inversion des phosphates n'est pas constante; de plus, elle se présente aussi bien dans l'hystérie que dans l'épilepsie et elle est plutôt sous la dépendance de l'alimentation comme l'ont prouvé nos expériences avec M. Oliviero[1]; 4° enfin, que des peptones existent presque toujours dans cette urine.

Mais en faisant faire l'analyse complète des urines suivant le procédé indiqué par M. Greffitchs pour la recherche des toxines, nous avons fait isoler à plusieurs reprises un corps extrêmement toxique pour les animaux. Ce corps indéterminé

[1] Voir Jules Voisin et Oliviero. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, avril 1892.

se présente sous forme d'un magma ou d'une poudre brunâtre, ayant une odeur particulière, très forte, rappelant à la fois celle de l'ammoniaque et du musc. Ce produit est soluble dans l'eau. Nous en avons fait des solutions à divers titres que nous avons injectées aux animaux. Ceux-ci sont morts présentant les mêmes accidents que dans les injections d'urine, c'est-à-dire des accidents convulsifs et avec des doses proportionnelles aux quantités d'urines employées pour obtenir le même résultat.

Nous concluerons donc que l'urine est hypotoxique avant et pendant les accès et qu'il y a ensuite une véritable élimination dont témoigne l'hypertoxicité après les paroxysmes. Cette hypertoxicité serait probablement due à la présence de ce corps indéterminé dont nous venons de parler tout à l'heure, comme semblent le prouver les injections intra-veineuses que uous en avons faites.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE.

LES DÉLIRES PLUS OU MOINS COHÉRENTS DÉSIGNÉS SOUS LE NOM DE PARANOIA (*suite*)[1];

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin en chef des asiles de la Seine.

II. — Définitions. Divisions.

Celui qui, après avoir pointé les divers termes qui viennent d'être soigneusement mis en vedette, voudrait en former des expressions nettes en rapport avec les développements dont ils ont été scrupuleusement accompagnés, n'éprouverait en vérité point de grandes difficultés. Voici en effet l'exacte signification du précédent historique.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 94, 95, 96, 97.

Si nous prenons pour base de nos appellations les éléments morbides, il est évident que le délire et sa teneur ont plus particulièrement préoccupé la plupart des auteurs que nous venons de mettre amplement en scène et que, dans l'espèce, ce sont les idées de persécutions et de grandeurs qui les ont spécialement touchés. La systématisation plus ou moins nette, plus ou moins compacte, de ces idées délirantes, et la persistance de cette systématisation ont été les mobiles de leurs divisions et de leurs définitions.

Sur la modalité morbide de *folie systématisée chronique*, l'esprit se montre universellement satisfait, à cause de la coordination permanente et progressive des délires. Paranoïa, Wanhsinn, Verrücktheit désignent vraiment la déviation du raisonnement, la direction fausse du sens critique. En les faisant suivre de l'épithète chronique on crée une expression qui signifie bien ce qu'elle veut dire et désigne une entité pathologique. C'est en vérité le délire des persécutions de Lasègue, avec ou sans les idées de grandeurs systématisées que M. Magnan lui a attribuées depuis pour caractériser une forme encore plus tenace, successivement appelée par lui délire chronique et délire chronique progressif à évolution systématique.

Où commencent les appréciations différentes, c'est lorsqu'on examine la légitimité des mêmes mots paranoïa, Wahnsinn, Verrücktheit associés à l'épithète aiguë. En effet ces expressions là portent en elles l'idée d'un élément délirant empreint d'un caractère d'inquiétude ou d'exagération de la personnalité, tendant, au moins passagèrement, à la systématisation, systématisation qui n'est arrêtée, dans sa phase aiguë, que par des influences indéterminées. Le plus habituellement en France, nous n'en jugeons pas ainsi, car nous remplaçons cette notion d'une *folie* ou d'un *délire systématique aigu* par les expressions de mélancolie avec idées de persécutions ou autres conceptions plus ou moins coordonnées, plutôt moins que plus, — folie aiguë (Parchappe), — syndrome épisodique de la dégénérescence mentale. Ce n'est pas que ces vocables résolvent la question de nature, mais ils ont peut-être cet avantage de servir de pierres d'attente à un nouvel examen; en tout cas ils spécifient, tout comme les expressions allemandes et étrangères, l'état symptomatique.

A côté de cette forme, il en est, sans nul doute, une troisième, qui a pour caractère apparent une manifestation symp-

tomatique suraiguë. Nous y rencontrons un nouvel élément, sous la donnée, qui n'est pas neuve, de la confusion mentale plus ou moins vive, ou Verwirrtheit. Qu'il s'agisse là, comme le veulent certains auteurs, d'un coup de fouet donné à l'incohérence habituelle, d'ordre hallucinatoire, constatée dans la folie systématique aiguë (paranoïa, Wahnsinn, Verrücktheit aiguë), ou que ce soit vraiment une maladie différente, peu importe. Le classement, fût-il artificiel, a du moins l'avantage de fournir à l'observateur une échelle de faits, faute de mieux. Ce qui est indéniable, c'est qu'on y trouve en germe les idées délirantes de grandeur et de persécution parvenant à l'état parfait dans la folie systématique chronique, mais encore indécises dans la folie systématique aiguë.

Ce *trio* nosographique, tout provisoire, si l'on veut, comprend en tout cas les traits de la maquette que l'on arrive à ébaucher en compulsant les textes, et, ce qui est mieux en conversant avec les maîtres. Nous lisons, en effet, dans le travail déjà cité de M. Cramer. Il existe des symptômes communs aux trois tableaux morbides de la folie systématique chronique (Verrücktheit); de la folie systématique moins cohérente (Wahnsinn); de la confusion mentale (Verwirrtheit). Ces symptômes sont : les idées délirantes, les hallucinations sensorielles, la dissociation des conceptions (incohérence). C'est la prédominance de l'un de ces trois symptômes qui fait l'un des trois types spéciaux. Bien mieux, suivant lui, il existe des formes initiales, mitigées et exagérées de chacun de ces types qui montrent, au moins momentanément, la prédominance de l'un des symptômes énumérés, telle, la phase d'inquisition soupçonneuse (inquiétude de Magnan), dont parle Meynert, ou période d'attention exagérée, des persécutés, constituée par du délire dépourvu d'hallucinations; tels ces délires dans lesquels dominent les hallucinations et qui ne laissent point ultérieurement trace de conceptions organisées; telles enfin ces agitations suraiguës avec complet désordre des facultés et désarroi des mouvements connues sous le nom de délire aigu.

Par contre, il y a souvent une telle intrication des mêmes modalités, qu'on est bien embarrassé pour en tracer le diagnostic différentiel en matière nosographique ou, ce qui est tout un ici, en matière terminologique. La durée de la maladie ne peut, par exemple, servir de boussole pour distinguer

la confusion mentale (Verwirrtheit, amentia) des deux autres types, puisque celle-ci peut s'introduire à l'état épisodique ou symptomatique (que nous appelons chez nous accès d'agitation) dans les deux autres, et que, si, sous le nom de confusion mentale primitive (Chaslin), elle semble réaliser une maladie mentale indépendante, on ne tarde pas à reconnaître que la confusion intellectuelle s'accompagne aussi des autres symptômes déjà notés dans le Wahnsinn ou la Verrücktheit. C'est donc affaire d'intensité et de disposition variables des symptômes. Tout ceci n'élucide pas le problème.

L'étiologie est elle-même en défaut, car il n'est pas de maladie mentale dans laquelle on n'ait constaté les causes de délabrement général et psychique que l'on accuse d'être les créatrices de la confusion mentale, par exemple.

Toutefois, il paraît légitime de reconnaître que les théories de M. Magnan, associées à celles de M. Cramer, simplifieraient considérablement la tâche et apporteraient un soulagement efficace aux observateurs de l'avenir.

Puisque, dit M. Cramer, le Wahnsinn, la Verwirrtheit, la Verrücktheit, ont des symptômes communs, et que toute la question se borne à un dosage des trois symptômes : idées délirantes, confusion (incohérence) et hallucinations; il est patent qu'ils se rencontrent sur un terrain morbide commun. Car dans ces trois tableaux morbides il y a : 1° altération primordiale de l'intelligence produite par des symptômes amalgamés (hallucinations sensorielles, idées délirantes, incohérence); 2° un état des sentiments consécutif à cette altération intellectuelle; 3° un état de confusion mentale susceptible aussi bien de se montrer seul que sous la forme de symptôme dans les deux autres.

Pourquoi donc, puisqu'ils ont une pléiade de symptômes communs, ne pas les réunir en tant que groupe morbide commun sous une même dénomination. Cette dénomination serait la paranoïa, dont le Wahnsinn, la Verwirrtheit, la Verrücktheit seraient des images spéciales?

Il serait même encore plus simple, dans cette paranoïa, de se préoccuper tout bonnement d'un état aigu et d'un état chronique, car vraiment la Verwirrtheit n'est qu'un degré supérieur du Wahnsinn. Dans la folie systématique aiguë (Wahnsinn acuter), en effet, c'est la profusion des hallucinations qui domine, et, avec elle, le plus ordinairement déjà,

une incohérence obnubilant la conscience, au plus haut point troublée dans la confusion mentale (Verwirrtheit).

Parallèlement, M. Magnan nous dit : La paranoïa chronique (folie systématique chronique), c'est le délire chronique. Les formes si changeantes dans leur allure et dans leurs éléments morbides, sont la folie des dégénérés. Le dégénéré, c'est un produit de tares cumulatives agissant d'une certaine façon, pendant la conception, la grossesse et la première enfance; elles ont créé un état mental spécial. Cet état mental est-il grossier et témoigne-t-il d'un arrêt de développement, il s'appelle débilité mentale, imbécillité, idiotie; est-il psychopathique, il devient de l'instabilité mentale, de la déséquilibration intellectuelle, on a alors affaire au dégénéré intelligent. Celui-ci possède les stigmates physiques atténués des malheureux dégénérés, arrêtés dans leur développement. Mais, à côté de cela, il a des stigmates psychiques ou syndrômes épisodiques, sortes d'accès d'aliénation mentale à modalités fort variables, comprenant l'obsession, les phobies, la folie morale, la manie raisonnante ou, selon les cas, le *délire systématisé d'emblée* avec ses caractères invariables : l'acuité, la guérison, les récidives. Eh bien! c'est là du *Wahnsinn aigu*, de la *Verrücktheit aiguë*, de la *paranoïa aiguë*, en un mot, compliquée, au besoin, de confusion mentale aiguë hallucinatoire.

Le *délire chronique*, au contraire (*chronische Verrücktheit, chronischer Wahnsinn*, *paranoïa chronica*, traduit par Mœbius, sous le nom de *paranoïa chronica completa*), fatalement progressif, finalement démentiel, avec constante suraddition d'un délire des grandeurs, coordonné, coorganisé, comachiné, est systématique et continu.

Dans cette conjoncture, la combinaison des deux terminologies et des deux doctrines deviendrait d'une parfaite commodité. On obtiendrait ce qui suit : Voici un malade qui délire, mais qui n'est ni un maniaque, ni un mélancolique (Cramer et Magnan s'entendent à rejeter ces deux types dans une autre classe de psychoses fonctionnelles); dans son délire existent des idées délirantes ou des fragments d'idées délirantes de persécutions et de grandeurs, c'est un *paranoïaque*.

S'agit-il d'une modalité aiguë (mélange d'idées délirantes, d'hallucinations, de désordre intellectuel avec tendance à l'agitation), formulez l'expression du *paranoïa acuta hallucinatoria*, et en sous-titre, tenant compte des renseignements et indications

qui rappellent la formule de Magnan, indiquez par exemple : épisode syndromique de la dégénérescence mentale, ou, rentrant dans le cadre de Chaslin : confusion mentale aiguë primitive.

Si vous êtes en présence d'une modalité chronique, vous l'exprimez par les mots : *paranoïa chronica*, qui implique l'existence d'une folie systématique progressive, et vous les faites suivre des variétés : délire chronique de Magnan ou paranoïa complète de Mœbius ; délire des persécutions, de Lasègue, ou paranoïa simplex ; s'il y a beaucoup d'hallucinations vous avez le droit d'ajouter hallucinatoria.

Les sous-variétés ou les incidents des genres et espèces, les formes indécises et mixtes se notent aussi par ce procédé très aisément, cette notation donnant satisfaction à la fois à l'esprit, à la fois à l'enseignement.

On a dû être frappé, en lisant l'historique, des analogies qu'avaient trouvées les auteurs entre les formes de toute variante qu'ils ont dû se représenter mentalement pour rédiger leurs mémoires et leurs classifications. Le mélange semble encore plus intime quand on lit leurs travaux dans le texte, et quand, surtout, on étudie leurs observations dans la langue où elles ont été rédigées. Dans le mémoire de M. Cramer, auquel nous avons fait de nombreux emprunts, cette remarque saute aux yeux. Son étude critique en est le scintillant et perpétuel reflet ; elle nous fait assister à une sorte d'entrelacement des termes et des modalités tant aiguës que chroniques et à l'enchevêtrement des symptômes qui les englobe. On n'est pas toujours bien convaincu de la légitimité de la pathogénie qui subordonne les éléments morbides, syndromes ou symptômes les uns aux autres, *a fortiori* de la véracité de la formule adoptée pour le diagnostic. Nous n'en sommes pas nous-mêmes plus certains d'ailleurs quand nous parlons de mélancolie avec idées de persécution, alors que quelques mois plus tard, nous voyons se manifester un délire chronique bien systématisé qui aboutit à la cristallisation. N'avons-nous pas vu disparaître de la scène le délire aigu que l'on paraît vouloir aujourd'hui rattacher à la confusion mentale et dont on repousse l'origine microbienne prônée à une certaine époque. Tout cela indique la mobilité du terrain. La variété des termes employés n'autorise-t-elle donc point alors une sorte d'éclectisme ? Ainsi, voici comment s'exprime M. Cramer pour éliminer la notion du délire chronique de Magnan.

L'étude de la bibliographie démontre que les quatre périodes du délire chronique n'ont jamais été observées en Allemagne, bien qu'un aussi grand nombre de médecins se soient occupés de ce genre de malades; il y est dit que *généralement le délire des grandeurs précède le délire des persécutions*, mais non que la marche soit absolument invariable et suive une loi uniforme. Il faut bien remarquer qu'un observateur aussi distingué que de Krafft-Ebing, qui se rapproche beaucoup de Magnan par sa classification, quant à l'importance de la dégénérescence, décrit un délire hallucinatoire (*hallucinatorischer Wahnsinn*), qui est l'équivalent de la folie systématique aiguë primitive (*acute primære Verrücktheit*) de Westphal et de la confusion mentale hallucinatoire (*hallucinatorische Verwirrtheit*), et est caractérisé par un délire à texte très varié et très mobile, absolument dépourvu de toute systématisation cristallisée, et qu'il range ce Wahnsinn parmi les psychonévroses, comme la seule des modalités rattachables à celles-ci, tandis qu'il place dans les dégénérescences mentales justement les formes chroniques, c'est-à-dire qu'il fait précisément l'inverse de ce que fait Magnan.

Schuele décrit, il est vrai, un délire systématique chronique (*chronischer Wahnsinn*) qui peut embrasser plusieurs années, et ne se construit pas sur un fond de dégénérescence mentale, mais la marche en est très variable.

L'évolution, par exacerbations rémittentes, en est au contraire la règle. Ce n'est donc pas là l'évolution invariable et méthodique du délire chronique de Magnan. C'est aussi ce que nous pourrons observer en parcourant les traités d'autres auteurs pour chercher un appui au délire chronique de Magnan, et en étudiant les travaux italiens qui, eux aussi, lorsqu'ils parlent de folie systématique dégénérative (*paranoïa degenerativa*), n'envisagent la plupart du temps que les formes chroniques. Or l'évolution chronique type est un des signes caractéristiques du délire chronique qui ne survient que chez les non dégénérés... Chaslin, bien qu'il accorde à la folie des dégénérés une explosion brusque, une évolution impétueuse et changeante, avec guérison souvent rapide, conformément à la théorie de Magnan, ne rattache pas la confusion mentale au délire des héréditaires dégénérés, et suit en cela la plupart des Allemands et des Italiens.

Il s'ensuit que le délire chronique de Magnan doit être extrêmement rare et qu'on ne saurait faire de la dégénérescence un signe de diagnostic différentiel, dans les termes que propose Magnan.

Notre proposition concilierait tout. Elle serait également en rapport avec la synthèse du même auteur, quand, après avoir cité, comme en résumé, le Wahnsinn de Krafft-Ebing, Schuele, Krœpelin, Kirchhoff, — la Verrücktheit des mêmes auteurs, —

la Verwirrtheit ou amentia de Meynert, Wille, Chaslin, il ne parle en réalité que de deux formes de paranoïa.

1° La *forme chronique* ou *verrücktheit* de Krafft-Ebing, ou *typischer Wahnsinn* de Schuele, —c'est-à-dire la Verrücktheit et le Wahnsinn chroniques, — en français, folie systématique chronique progressive dont les caractères sont : — l'idée délirante ou création spontanée d'idées fausses, — la transformation de la personnalité, — l'élaboration et l'interprétation morbides des impressions extérieures et intérieures (de Krafft-Ebing, Krœpelin), — un trouble partiel de la conscience ou une espèce d'infirmité mentale empêchant le malade de rectifier ses erreurs (Salgo, Spitzka, Schuele), affection pouvant résulter d'une anormale construction du cerveau et procéder par l'organisation, parfois rapide, mais d'ordinaire lente, en système des conceptions délirantes et des hallucinations sensorielles (idée de la folie systématique originelle ou *originære Verrücktheit* appliquée par Kirchhoff à la folie systématique en général).

2° La *forme aiguë* : Elle serait au demeurant la *Verwirrtheit* (confusion mentale) susceptible d'apparaître aussi dans la folie systématique chronique (*chronische verrücktheit*) et dans le Wahnsinn ou délire systématique moins cohérent, plutôt hallucinatoire d'après les aveux de Westphal, Schuele, de Krafft-Ebing, Fritsch, Salgo, Meynert, Wille. Il y a même une certaine difficulté à distinguer la folie systématique surtout hallucinatoire (*hallucinatorischer* Wahnsinn) de la confusion mentale hallucinatoire (*hallucinatorische Verwirrtheit*) des auteurs, celle-ci paraissant souvent se confondre avec la première ou n'en être, comme nous l'avons admis plus haut, qu'une modalité suraiguë ou totale, comme ils disent (suragitation), sous le nom de Verwirrtheit hallucinatoire aiguë. Ils ont même pris comme exemple le *delirium tremens*, dont les diverses allures peuvent servir de type de W*ahnsinn hallucinatoire primitif* à cause de l'existence d'idées systématiques diffuses (Scholz), ou, suivant le cas, de confusion mentale générale (*allgemeine Verwirrtheit*).

La même confusion mentale généralisée est, ajoutent-ils, capable de se produire dans la folie systématique chronique primitive (*chronische primære Verrücktheit*) (Serbsky) ou folie systématique chronique simple (*einfache chronische Paranoïa*), même à une période avancée, fort avancée, de celle-ci ; en pareil

cas, la confusion mentale revêt l'aspect de poussées hallucinatoires très nettes en tout comparables à ce que l'on appelle le *Wahnsinn hallucinatoire aigu* ou la *paranoïa hallucinatoire aiguë* ordinaire (Ziehen). Orchansky identifie encore davantage entre elles les formes aiguës de trouble paranoïque quand il dit que la confusion mentale, tantôt épisodique, tantôt à l'état d'accès, peut également constituer un stade de développement, ou une phase intercurrente de la folie systématique primitive (*primære verrücktheit*) aiguë ou chronique, et, en particulier, de la folie systématique dégénérative (*degenerative Verrücktheit*).

Déjà en 1878 l'esprit généralisateur si puissant de Emminghaus avait fait Wahnsinn synonyme de Verrücktheit et avait remarqué que « dans une psychopathie quelconque peuvent survenir du désordre avec incohérence dans les idées (*Verworrenheit*) ». Jolly dit d'autre part que le délire aigu, c'est de la *verrücktheit primære* avec confusion mentale (*verwirrtheit*) intercurrente. Il en résulte que toute exacerbation survenant dans le délire systématique plus ou moins cohérent désigné sous les rubriques de Wahnsinn ou Verrücktheit aboutit à la genèse classique du syndrome confusion mentale (*Verwirrtheit*). On nous accordera volontiers, en présence des pièces du procès, que nos propositions précédentes ont une certaine solidité et qu'on peut maintenant en tout cas se figurer une image précise des termes.

I. — La *paranoïa* en général c'est la déviation, la perversion de la faculté critique de l'intelligence. Elle se divise en :

1. *Verrücktheit* ou *paranoïa chronica* qui est la tendance de l'esprit à ériger les idées délirantes en système.

2. *Wahnsinn* ou *paranoïa acuta*, principalement constitué par des hallucinations avec quelques idées délirantes systématisées, diffuses, non cimentées entre elles.

3. *Verwirrtheit* ou *paranoia suraiguë :* désordre complet dans les idées, avec lambeaux d'idées délirantes et hallucinations pressées.

Il est légitime de considérer le Vahnsinn et la Verwirrtheit comme des degrés divers de la paranoïa aiguë, et dans ces conditions, de transformer le précédent schéma en — paranoïa aiguë et paranoïa chronique, en introduisant, sous chacune de ces deux rubriques, selon les idées de Magnan, ou au gré de

ses préférences personnelles, les unités dénommées par l'observateur à l'aide des termes qui lui conviendront conformément à ce que nous avons exposé précédemment.

Telle sera la classification éclectique, en attendant qu'on ait appliqué à la pathologie mentale, le principe de la subordination des caractères qui, dans les sciences naturelles, a engendré cette échelle si satisfaisante des types. Tout imparfaite qu'elle soit, elle n'effacerait point les éléments caractéristiques recueillis avec patience par les observateurs, éléments qui serviraient plus tard à édifier le monument psychopathique. Et c'est, dans le désarroi général, ce que demandent les psychiatres actuels qui n'ont guère pu s'entendre en discutant la paranoïa. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux séances de la Société médico-psychologique de Paris et à celles de la Société psychiatrique de Berlin. (Voir la *Bibliographie.*)

III. — Pathologie générale.

La plupart des points qui devraient être traités dans ce chapitre (étiologie, symptomatologie, pathogénie, marche, terminaison, pronostic, nature) ont été examinés dans les deux chapitres précédents par la raison que la terminologie qui nous occupe repose sur la nosographie même.

Nous venons de voir en effet que, pour établir les dénominations et fixer les entités cliniques, les auteurs s'appuient, qui sur l'association de tels et tels symptômes, qui sur la prééminence d'un symptôme au regard des autres; les uns sur le mécanisme psycho-physiologique d'un élément morbide, les autres sur la cause présumée des accidents psychopathiques; ceux-ci sur l'évolution plus ou moins rapide, ceux-là sur l'issue de la maladie; tous sur le pronostic du syndrome ou de la psychose, et, qu'en fin de compte, les doctrines qui président aux opinions des savants manquent jusqu'à nouvel ordre de confirmation.

Aussi ne pouvons-nous que persister dans la proposition mixte que nous avons faite. Comparons-la à la terminologie actuelle du mal de Bright. A l'époque où Bright découvrit une maladie des reins caractérisée par l'albuminurie, l'œdème, l'urémie, etc., on ignorait l'anatomie pathologique et la symptomatologie correspondant à la variété des lésions. Depuis,

on a pu déterminer cliniquement et microscopiquement l'existence, dans la maladie de Bright, d'une néphrite interstitielle, d'une néphrite parenchymateuse; ceci empêche-t-il l'expression de mal de Bright d'être correcte en ce sens qu'elle sépare tout un groupe de maladies des reins d'autres maladies. Pourquoi donc, jusqu'à plus ample informé, ne pas admettre, comme le demande M. Cramer, un groupe paranoïa, qui embrasse toutes les maladies mentales à idées systématisées, plus ou moins coordonnées, de grandeurs et de persécutions, sauf à le sinder en autant de variétés particulières déterminées par la cristallisation ou l'incertitude, la chronicité ou la nonchronicité du délire, ou bien encore, si l'on préfère, par l'influence d'une cause morbigène héréditaire ou pathogène ordinaire.

Sur ces sujets nous ne reviendrons pas.

Ce que nous voulons résumer maintenant, ce sont les caractères qui permettent de distinguer le groupe paranoïa des autres maladies mentales.

S'il est accordé que, de même que le mal de Bright était caractérisé par une série de symptômes plus ou moins accentués individuellement (albuminurie, œdème, urémie) selon les cas, de même la paranoïa est légitimée par une pléïade de manifestations communes (déviation de l'intelligence; modification de l'humeur; confusion ou incohérence dans les idées), et que, dans la Paranoïa, de même que dans le mal de Bright, il y a des variétés distinctes de par l'arrangement variable, l'intensité, l'évolution, la pathogénie des symptômes, il n'est pas sans intérêt de séparer nettement la paranoïa des autres maladies mentales de même que la pléïade symptomatique du mal de Bright séparait ce groupe des autres maladies rénales.

Aussi bien, ne suffit-il pas de dire : la paranoïa a les signes propres ou spécifiques suivants. Il faut encore dire : elle a tels signes différentiels.

La paranoïa purement fonctionnelle qui vient d'être délimitée peut aussi se montrer en tant que symptôme dans la paralysie générale, l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, la sénilité, les accidents traumatiques.

Dans le premier cas, les idées de grandeurs ou de persécutions à tendances systématiques finissent tôt ou tard par être éclipsées par les symptômes psychiques et physiques de la démence paralytique.

L'histoire du délire plus ou moins systématisé dans les névroses n'est pas toujours aussi nette qu'on semble le dire. Entre les idées délirantes réellement dues à l'hystérie et à l'épilepsie, et l'adjonction à ces idées délirantes d'un système mieux coordonné imputable soit à la dégénérescence mentale, soit à toute autre cause, il y a souvent matière à discussion. M. Magnan et ses élèves ont admirablement traité cette question de la coexistence de plusieurs délires d'origine différente, qui ne détruit point d'ailleurs la terminologie précédemment exposée.

On pourrait en dire autant de l'histoire des idées de grandeurs et de persécutions de l'alcoolisme ; les symptômes psychiques propres à l'intoxication sont-ils entachés des nuances propres à chaque espèce de paranoïa, il faut encore faire la part de l'hérédité ou de la dégénérescence mentale, suivant les goûts. Cette part peut se faire assez vite quand il s'agit d'une paranoïa chronique telle que le délire de jalousie ou le délire des persécutions, mais elle est sujette à contestation pour ceux qui tiennent le délirium tremens subaigu pour de la confusion mentale et le délirium tremens grave pour une forme suraiguë de confusion mentale. On peut accuser de ces derniers phénomènes les altérations organiques du cerveau consécutives à l'alcoolisme et les rapprocher des lésions de même nature qui se traduisent par la paralysie générale des alcooliques.

Ce désordre intellectuel dit paranoïque à son plus haut période serait aussi considéré par certains observateurs comme le délire aigu; ils disent alors que ce dernier s'observe dans la démence paralytique, la folie systématique primitive, les maladies aiguës ordinaires, la manie ou la mélancolie transitoires; c'est la confusion la plus intense qui se puisse produire (*intensive Verworrenheit* de Jolly; synonyme d'*acute hallucinatorische Verwirrtheit* de Meynert, Kirchhoff et Salgo).

Ce qui revient à dire que, dans toute psychopathie, dans toute affection cérébrale en général, il peut survenir des accès de délire aigu (Ziehen, Schuele) ou que le délire aigu, expression la plus aiguë de la confusion mentale ou paranoïa aiguë, est fonction d'une lésion organique du cerveau, quelle qu'en soit l'origine (Scholz, Jehn, Fuerstner, M. Briand).

Les séniles font les frais aussi de toutes les formes de paranoïa, de même que de celles de la manie et de la mélancolie.

De même également que les maladies ordinaires sont, chez les vieillards, représentées d'une certaine manière, de même les délires plus ou moins cohérents de la paranoïa revêtent chez eux une apparence spéciale. Les syndromes en question y sont mutilés, mélangés, et toujours empreints d'une systématisation hypocondriaque dépourvue d'arêtes vives. Le vieillard, en un mot, délire à sa façon, parce que ses tissus sont raréfiés et ne fonctionnent plus activement.

Les délires paranoïques des gens qui ont été atteints de vésanies à la suite de traumatismes sont également diffus; les formes en sont mixtes.

La paranoïa symptomatique de psychopathies complexes est donc un groupe secondaire portant en lui les traces du terrain qui a donné naissance aux accidents paranoïques.

La paranoïa pure représente, elle, une catégorie de psychoses fonctionnelles.

Pourquoi ne peut-on dire qu'elle est une mélancolie avec idées de persécutions ou une manie avec idées de grandeurs?

Cramer ne nie pas qu'il n'y ait des cas de paranoïa à marche subaiguë et à caractère dépressif, se rapprochant extrêmement de la mélancolie; il avoue qu'il y a des cas de manie furieuse qu'il n'est guère facile de séparer de la confusion mentale (*Verwirrtheit*). Il dit encore que les cas les plus caractérisés de folie systématique révèlent toujours une anomalie du sentiment, l'état de gaîté avec exaltation cadrant avec les idées de grandeurs, celui de mécontentement étant en rapport avec les idées de persécutions, mais il ajoute que cette anomalie de l'humeur (sensibilité morale ou affective) est secondaire, consécutive aux idées délirantes. C'est là ce qui distingue ces faits de la manie (expansion gaie primitive) et de la mélancolie (dépression primitive) qui forment le second groupe des psychoses fonctionnelles. Toutefois, en revanche, on est surpris de l'humeur calme de certains persécutés ou délirants systématiques quelconques, de leur égalité de caractère qui, dans l'espèce, élimine d'emblée le diagnostic de manie ou de mélancolie. Quant aux épisodes maniaques ou mélancoliques de la folie systématique chronique..., ils ne prêtent pas longtemps à l'illusion du diagnostic.

L'aphorisme de Cramer reste donc bien réellement à méditer.

« La folie systématique ou paranoïa, est une affection de l'intelligence, dans laquelle les troubles de la sensibilité mo-

rale (sentiment, émotivité) sont secondaires, tandis que la mélancolie et la manie, affections mentales caractérisées par des anomalies de l'humeur, ont pour élément prédominant, primitif, admis par tous, l'état du sentiment. »

Magnan et ses élèves, Garnier par exemple, n'admettent, eux aussi, dans la science que deux groupes de psychoses fonctionnelles simples. Mettant d'emblée de côté ce qu'ils appellent les éléments simples (manie. mélancolie) sur la nature desquels ils ne se considèrent pas comme bien fixés, ils ne voient pour toutes vésanies que celles des héréditaires dégénérés et des délirants chroniques. Dans les psychoses organiques rentrent les délires que tout le monde y range, avec les délires névropathiques, les délires toxiques, les délires liés aux maladies aiguës fébriles.

Il est intéressant de présenter sous forme de tableau les points principaux du diagnostic différentiel.

PARANOIAS	MÉLANCOLIE	MANIE
Conceptions délirantes s'imposant à un état normal de la conscience qu'elles modifient graduellement.	Fonds de l'humeur altéré, humeur chagrine et angoisse primitives.	Turbulence gaie.
Modification secondaire de l'humeur.		Hallucinations rares, subordonnées, confuses, illusions plus fréquentes.
Gaîté ou dépression en rapport avec la perversion des conceptions déplacées, déviées (*verkehrt*).	Idées d'indignité secondaires, d'abord vagues puis s'accusant.	
Expressions et néologismes précis peignant les idées de persécutions.		Expressions et néologismes mobiles, bigarrés, sans liaison.
Le persécuté est toujours une victime illégitime.	Le mélancolique n'est pas persécuté, il est légitimement puni.	
Hyperidéogenèse (galopée des idées) et impulsions en rapport avec les idées délirantes et les hallucinations.	Hallucinations tardives qui sont plutôt la résonance de la parole intérieure.	Type de la suridéation (idées galopantes) avec impulsions motrices permanentes et constantes.

PARANOÏAS	MÉLANCOLIE	MANIE
Fureur raisonnée.		Fureur automatique.
Incohérence spéciale.		Incohérence mobile.
Quand la subagitation rétrocède, les idées de persécutions et de grandeurs subsistent.		Tous ces symptômes (trilogie de la manie) manquent ou rétrocèdent ensemble.
C'est une agitation par défense.	Agitation par crainte.	

Telle est la distinction classique entre les délires à idées de persécutions et de grandeurs et la manie et la mélancolie pures.

Nous sommes arrivé à la fin de cette étude. Nous avons eu personnellement pour but d'exprimer l'état de la terminologie appuyée par le gros des considérations cliniques qui vont de pair avec les termes adoptés.

Du moins nous sommes-nous efforcé d'établir une synonymie capable de fournir des jalons à l'esprit des psychiatres désireux de bien comprendre les mémoires qu'ils lisent, à l'aide de l'exacte définition des termes adoptés par leurs compatriotes et de la concordance des termes adoptés par les savants étrangers.

Pour l'immense majorité des cas notre synonymie offre tous les traits précis permettant d'atteindre ce but, puisqu'elle est basée sur des textes. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille une certaine attention pour se rendre compte des observations, car dans le même pays les auteurs sont souvent loin d'être en parfait accord. C'est pourquoi la Société psychiatrique de Berlin avait mis à l'étude le sujet dont nous venons de nous occuper. Traité par Cramer et Bœdeker de façon un peu différente dans les détails mais uniforme dans l'ensemble, il fut l'objet de discussions très longues que nous avons reproduites dans ce recueil. Or, en lisant ces discussions, on ne tardera pas à s'apercevoir d'une certaine hésitation clinique. C'est cette même hésitation qui s'était déjà montrée dans le sein de la Société médico-psychologique à propos du délire des persécutions. Cependant la Société psychiatrique de Berlin arriva à une conclusion dans laquelle il est fait la part des trois types de paranoïa, des formes de transition (inclassables suivant les méde-

cins allemands) et de la stupeur; elle se rallie à une classification générale des psychoses fonctionnelles qui mérite d'être reproduite à titre de document complémentaire, du reste confirmatif de ce que nous venons d'exposer.

Il est donc fort probable que grâce à l'esprit de discipline des Allemands les observations seront désormais classées sous les rubriques suivantes :

PSYCHOSES FONCTIONNELLES SIMPLES.

(3 GROUPES.)

I. ANOMALIES DE L'HUMEUR. (Altération dans la constitution de la sensibilité morale ou sentiment.)	Manie. Mélancolie.	Éléments simples de Magnan.
II. GROUPE DES PARANOIAS. (Troubles de l'intelligence ou folie intellectuelle de Jolly et autres.)	1. Délire systématique cohérent, organisé (*Verrücktheit*).	Délire des persécutions de Lasègue. — Délire chronique, systématique progressif de Magnan.
	2 Délire systématique diffus, mobile (*Wahnsinn*).	Délires systématisés des dégénérés de Magnan. — Mélancolies avec idées de persécutions aiguës, etc.
	3. Confusion mentale ou amentia (*Verwirrtheit*).	Délires systématiques suraigus avec agitation, désordre dans les idées et les actes, folie aiguë de Parchappe, épisodes syndromiques aigus, agitation maniaque intercurrente des deux formes précédentes, délires fébriles, délires toxiques, délire aigu, délire asthénique, etc.
III. GROUPE DE L'ANOÏA. (Extinction apparente de toute activité intellectuelle et de la sensibilité morale.)	Stupeur aiguë ou démence aiguë.	

Enfin, entre chaque groupe, surtout entre les deux premiers, toute sorte de *formes mixtes ou de transition.*

BIBLIOGRAPHIE.

WESTPHAL. — Allgemeine Zeitschr. f. Psychiat., t. XXXIV, p. 252.
MENDEL. — *Paranoia* in Eulenburg's Real encyclopædie.
WERNER. — *Die Paranoia. Monographie*, Stuttgart. Enke, édit. 1891.
KRŒPELIN. — *Die Abgrenzung der Paranoia.* (Centralblatt, 1892, p. 795.)
HOFFMANN. — *Ueber die Eintheilung der Psychosen.* (Allg. Zeitschr., t. XIX, p. 367.)
SNELL. — Allg. Zeitschr. Psychiat., t. XXII, p. 368.
NEISSER. — Allg. Zeitsch. f. Psychiat., t. XIX, p. 495.
SCHŒFER. — Allg. Zeitsch. f. Psychiat., t. XXXVI., p. 254.
MERKLIN. — *Studien über die primære Verrücktheit.* Dorpat, 1879.
MERKLIN. — *Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia.* (Allg. Zeitsch. f. Psychiat., t. XLVII, p. 626.)
BUCH. — *Fall von acuter primærer Verrücktheit.* (Archiv f. Psychiatr., t. XI, p. 485.)
HERZ. — Allg. Zeitsch. f. Psychiat., XXXV, p. 271.
FÉAUX. — Thèse de Marburg, 1878.
FRITSCH. — *Die Verwirrtheit* (Jahhbücher f. Psychiat., t. II, p. 27.)
MEYNERT. — *Die acute (hallucinatorische) Form des Wahnsinnsundihr Verlauf.* (Jahrbüch. f. Psychiat., t. II, 181.)
KONRAD. — *Zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verworrenheit.* (Allg. Zeitschr. f. Psychiat., t. XXXVI, p. 543.)
DE KRAFFT-EBING. — *Lehrbuch der Psychiat.*, 3e édit., 1888.
SCHUKLE. — *Klinische Psychiatrie*, Leipzig, 1886.
KRŒPELIN. — *Psychiatrie*, 2e édit., 1889.
SALGO. — *Compendium der Psychiat.*, 2e édit.
MEYNERT. — *Klinische Vorlesungen über die Psychiatrie*, 1890, p. 33.
WILLE. — *Zur Lehre von der Verwirrtheit.* (Arch. f. Psychiat., XX., p. 228.)
MAYSER. — *Zum sogennanten hallucinatorischen Wahnsinn.* (Allg. Zeitschr. f. Psychiat., t. XLII, p. 113.)
SCHOLZ. — *Ueber primære Verrücktheit.* (Berl. klin. Wochenschrift, 1880, p. 467 et 487.)
JUNG. — *Ueber die Verrücktheit.* (Allg. Zeitschr. f. Psychiat., t. XXXVIII, p. 551.)
MENDEL. — *Delirium hallucinatorium.* (Berlin. klin. Wochenschr., 1894, n° 29.)
ORCHANSKY. — *Ueber Bewusstseinstœrungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia.* (Archiv. f. Psych., t. XX, p. 309.)
WERNER. — *Die Paranoia.* Stuttgart, 1891. Enke édit.
KIRCHHOFF. — *Lehrbuch der Psychiatrie.* Leipzig et Vienne. Fr. Denticke, édit., 1892.

ZIEHEN. — *Ueber Störungen der Vorstellungsablaufs bei der Paranoia.* (Archiv. f. Psychiat., t. XXIV, p. 112 et 365.)
SERBSKI. — *Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia* (Allg. Zeitschr. f. Psychiat., t. XLVIII, p. 329.)
SCHOENTHAL. — *Ueber die acute hallucinatorische Paranoia.* (Allg. Zeitschr, f. Psychiat., t. XLVIII, p. 652.)
EICKHOLT. — *Festschrift.*
LASÈGUE. — Archives de médecine. Février 1852.
SÉGLAS. — *La Paranoia.* Archives de Neurologie, 1887, p. 65.
MOREL. — *Etudes cliniques*, 1852.
MOREL. — *Traité des maladies mentales*, 1860.
FOVILLE. — *Etude clinique sur la folie avec prédominance de délire des grandeurs*, 1871.
LEGRAND DU SAULLE. — *Le délire des persécutions*, 1873.
GARNIER. — *Des idées de grandeurs dans le délire des persécutions*, Thèse de Paris, 1877.
JAQUET. — *Les aliénés persécuteurs.* (Annales médico-psychol., 1876.)
PAUL GARNIER. — Annales médico-psychologiques, 1888, I, p. 121.
FALRET. — Ibid., p. 261.
DAGONET. — Ibid., p. 435.
DELASIAUVE. — Ibid., p. 437.
CHRISTIAN. — Ibid., II. p. 293.
BALL. — Ibid., p. 407.
CHARPENTIER. — Annales médico-psychologiques, 1888, X, p. 84.
CAMUSET. — Ibid., p. 290.
SÉGLAS. — Ibid., p. 321.
MAGNAN. — Ibid,, p. 441.
PICHON. — Ibid., p. 125.
LWOFF. — Ibid., p. 121.
FALRET. — Ibid., p. 134.
MARANDON DE MONTYEL. — Ibid., II, p. 261.
CHASLIN. — *La confusion mentale primitive.* (Annales médico-psycholog., série IXe, t. XVI, p. 224.)
DELASIAUVE. — *Du diagnostic différentiel de la lypémanie.* (Annales médico-psychologiques, III, 1851, p. 380.)
BECQUET. — *Du délire d'inanition dans les maladies.* (Archives générales de médecine, 1866 février, p. 169, et mars, p. 305.)
DAGONET. — De la stupeur dans les maladies mentales. (Annales médico-psychologiq., 1872, t. VII, p. 151, 359, 364.)
SÉGLAS. — *La Paranoia, délires systématisés et dégénérescence mentale.* (Archives de Neurologie, t. XIII, 1887, p. 62, 221, 393.)
BUKNILL et TUKE. — *A manual of psycholog. medic.*, 1879.
WIGLESWORTH. — *Ueber die Pathologie der Verrücktheit* (*Monomane*), d'après Werner. (Journ. of med. Science, 1891.)
SAVAGE. — *Lehrbuch der Geisteskrankheiten.*
SPITZKA. — *Monomanie originære.* (Medic. Times and Gazette.)

Buccola. — Rivista sperimentale di freniatria, 1882.
Morselli et Buccola. — *La pazzia sistematizata.* (Giorn. della reale akdemia di Torino, 1883, p. 210.)
Amadei et Tonnini. — *La paranoia et le sue forme.* (Archivio italiano per le malattic nervose, 1883-1884.)
Raggi. — *Dell elemento degenerativo nella genesi dei casi detti deliri primi sistematizz.* (Archiv. italiano per le mal. nervosi.)
Tanzi et Riva. — *La paranoia contributiva alla teoria della degeneratione psichiche.* (Rivista sperimentale di freniat., X, 1884, p. 291.)
Salemi Pace. — *La classificazione delle frenopatie.* H. Pisani, 1885.
Morselli. — *Paranoia rudimentare impulsiva.* (Rivista sperim. di freniat., 1886, p. 495.)
Tamburini. — *Sulla pazzia del dubbio.* (Ibid., 1883.)
Morselli. — *Manuale della sernejotica delle malatie mentali*, II, 1885.
Korsakow. — *Kours Psichiatrii*, 1893.
Société Psychiatrique de Berlin, séances de 1893-1894, Allg. Zeitschr. f. Psychiat., Archives de Neurologie.
Cramer. — *Abgrenzung and Differential Diagnose der Paranoia.* (Allg. Zeitschr. f. Psychiat., II, 2.)
Archives de Neurologie. Passim. Revues analytiques et Sociétés savantes, 1879-1894.

RECUEIL DE FAITS.

UN CAS DE TRÉPANATION POUR ÉPILEPSIE.

Par le Dr Fr. HALLAGER, de Viborg (Danemark).

Les découvertes dans le domaine des localisations cérébrales d'un côté, l'asepsie chirurgicale de l'autre, ont inauguré une nouvelle ère pour la trépanation du crâne. Entre neurologistes et chirurgiens la coopération a donné des résultats remarquables, notamment aussi dans le traitement de l'épilepsie. Pourtant les observations publiées jusqu'ici de la trépanation pour épilepsie non traumatique sont encore si peu nombreuses que le cas suivant m'a paru digne d'observation. Je tiens à remercier ici le distingué chirurgien de l'hôpital de Viborg,

M. Heiberg, pour la belle opération qu'il a bien voulu faire d'après mon diagnostic.

S..., Marie-Christine, non mariée, âgée de vingt-deux ans, vint me consulter pour la première fois le 22 avril 1893. — Son père, fermier, souffre de la poitrine, la mère est neurasthénique. Deux sœurs plus âgées et un frère, le plus jeune, sont morts de phtisie pulmonaire. Elle a cinq sœurs en vie; toutes les cinq sont d'une santé délicate, mais sans offrir des symptômes caractéristiques d'aucune maladie.

Notre malade fut bien portante jusqu'à l'âge de douze ou treize ans. Depuis cette époque elle a de temps en temps souffert de chlorose avec palpitations de cœur. Mais elle n'avait subi aucune maladie de conséquence lorsque, le 7 janvier 1893, elle tomba subitement malade. Les renseignements sur cette maladie sont assez défectueux. Voici ce que je suis parvenu à constater en interrogeant la malade et ses parents. Dès le commencement de la maladie elle ne pouvait pas parler, seulement murmurer les mots *oui* et *non*. Le 8 janvier, vers le soir, elle eut le premier accès de convulsions. Mais à cette époque le bras droit s'était déjà montré parétique. Le 16, elle s'aperçut que la jambe droite était parétique aussi. Elle croit que la sensibilité était intacte. Au bout d'environ quinze jours elle put parler; la parésie disparut d'abord de la jambe; plus tard, au bout de plus d'un mois, le bras droit fut dégagé. Elle garda le lit pendant cinq ou six semaines. En quittant le lit, elle s'aperçut qu'elle ne savait plus lire. Elle pouvait voir et reconnaître les lettres; mais elle lisait des mots qui n'étaient pas écrits, pendant la durée, pas très longue, de ce symptôme, elle n'essaya pas d'écrire.

Les attaques convulsives furent assez fréquentes pendant les huit premiers jours de la maladie; après ce temps elle semble avoir passé plus de deux mois sans attaques. Toutefois, au commencement d'avril, elle subit une nouvelle attaque qui se répéta, en augmentant d'intensité, le 14 et le 18 dudit mois. D'après les renseignements de la malade elle-même et ceux de son père, elle était avertie de l'arrivée de l'attaque par une sensation de tremblement du bras droit. Immédiatement après, le bras droit s'élevait au-dessus de la tête, et en même temps il se produisait des convulsions dans le côté droit de la face, et elle sentait par tout le corps une douleur indéfinissable. Alors la connaissance se perdait et la malade entrait dans des convulsions générales, suivies d'un état comateux. Quand elle se réveillait après quelque deux heures, elle souffrait de la tête; une fois seulement elle a vomi après l'attaque. Jamais elle n'offrait de troubles psychiques post-épileptiques. La céphalalgie consécutive des attaques siégeait dans la région frontale, parfois aussi dans la région pariétale; son intensité était égale des deux côtés.

A part quelque affaiblissement de la mémoire et une naunce d'obtusion intellectuelle, la malade ne présentait rien d'anormal au point de vue psychique. Ni l'articulation, ni l'écriture n'offraient rien d'anormal. Elle tirait la langue sans déviation. Il n'y avait pas de parésie faciale, pas d'inégalité pupillaire, Point de parésie appréciable des extrémités droites. Point d'anomalie de la sensibilité. La configuration du crâne était régulière, sans proéminences, ni dépressions. Les téguments étaient normaux; point de cicatrices, point de parties douloureuses à la pression ou anesthésiées. Nulle part la percussion du crâne n'était douloureuse.

Les organes thoraciques et abdominaux n'offraient rien d'anormal à l'examen, et leurs fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Pendant un an j'essayai un traitement interne par des bromures et de l'iodure de potassium. Sous l'influence d'une médication bromurée assez intense, les attaques diminuèrent de fréquence, mais elles ne cessèrent pas, et une élévation ultérieure de la dose fut rendue impossible par des symptômes de bromisme que ne combattait qu'incomplètement l'antisepsie intestinale pratiquée d'après M. Féré.

Outre les attaques complètes, elle en avait aussi d'incomplètes. D'après les renseignements fournis par la malade elle-même et par ses parents, les attaques complètes ne différaient entre elles qu'en degré, et je peux regarder comme typique la seule attaque que j'ai eu l'occasion d'observer moi-même. Le 27 décembre 1893, la malade était assise dans mon cabinet et répondait aux questions que je lui adressais, lorsque subitement elle dit : *Il va me venir une attaque*. Son expression était alors anxieuse, et dans l'avant-bras droit j'observai des spasmes localisés, sans mouvements du membre. Bientôt il s'exécuta un mouvement combiné de flexion du coude et d'élévation du bras en avant et en dehors, de sorte que la main fut élevée à la hauteur de la tête. En même temps elle pâlit et jeta un cri plaintif, et, immédiatement après, elle tomba sans connaissance sous le coup d'une attaque épileptique bien caractérisée par des convulsions généralisées d'emblée, d'abord toniques puis cloniques. L'attaque était d'intensité modérée. Après un état comateux de courte durée, elle put quitter mon cabinet appuyée sur le bras de son frère.

Les attaques incomplètes étaient identiques au commencement des attaques complètes. La malade sentait des spasmes du bras droit, avec ou sans mouvement de ce membre. Parfois ces spasmes étaient accompagnés d'angoisse et de palpitations; elle pâlissait, mais ne perdait pas connaissance.

Les grands accès furent assez fréquents au mois de mai; sous l'influence d'une médication bromurée, leur fréquence diminua, de sorte qu'elle n'en eut que cinq dans les mois de juin à décembre. Quoique la dose des bromures fût portée jusqu'à 8 grammes par

jour, et les attaques rudimentaires étaient toujours fréquentes. Elle se plaignait constamment d'une faiblesse croissante du bras droit. Pour les grands mouvements et pour la pression de la main il n'y avait pas de différence appréciable entre les deux mains (elle n'est pas gauchère). Mais les mouvements fins, nécessaires pour coudre ou faire du crochet, lui étaient très difficiles ou impossibles, et la main se fatiguait très vite. Elle constatait une augmentation manifeste de l'affaiblissement après les attaques.

Au mois de janvier 1894 elle n'eut pas de grandes attaques, mais en février elle en eut plusieurs après la suppression des bromures, nécessitée par le bromisme. L'obtusion de l'intelligence était augmentée, la mémoire affaiblie; la céphalalgie était devenue plus intense et fréquente, et occupait toujours également les deux côtés de la tête. Par l'examen ophtalmoscopique, que M. le médecin-major Krenchel eut la bonté de vérifier, le fond de l'œil fut trouvé normal.

La malade souffrait donc d'attaques épileptiques classiques, toujours prédédées de contractions musculaires localisées au bras droit. Souvent il se produisait des convulsions localisées, sans qu'une attaque épileptique suivît; mais jamais il ne se produisit d'attaque épileptique non précédée de ces convulsions localisées. Le diagnostic ne pouvait donc pas être douteux : une lésion irritative siégeant dans la région psycho-motrice gauche et intéressant le centre du bras droit. Quant à la nature de cette lésion, on devait penser d'abord à une hémorragie ou plutôt à une embolie, quoique le point de départ ne pût pas être découvert. Le commencement subit de la maladie, l'aphasie et l'hémiplégie qui prédominaient au commencement pour disparaître au bout de quelques semaines, s'expliquent bien par cette supposition. Et, qu'un foyer ou kyste hémorragique ou embolique puisse agir comme lésion irritative, on en trouve assez d'exemples dans la littérature. On ne pouvait pas contester absolument la possibilité d'une tumeur gliome hémorragique ou peut-être tumeur caséeuse, comme lésion provocatrice des attaques. Mais toute la maladie s'explique le mieux en attribuant d'une part à une embolie les symptômes de début, y compris les premières attaques, et d'autre part au foyer ou kyste consécutif la continuation des attaques.

Quant au siège de cette lésion, il était hors de doute qu'elle intéressait le centre du bras droit. Mais ce centre comprenant une assez grande partie de la région motrice, un diagnostic topographique plus minutieux était désirable. Or, par leurs expériences sur des singes, MM. Beevor et Horsley[1] ont trouvé un point du centre du bras dont l'irritation a pour conséquence : abduction et

[1] *Philosophical Transactions of the Royal Society of London.* Volume 178 (1887) B. p. 153-167.

mouvement du bras en avant, flexion du coude. Ce mouvement, qui répond exactement à la convulsion initiale de notre malade, fut provoqué par irritation de la circonvolution frontale ascendante immédiatement au-dessous du pied du *sillon de Schaffer*. Mais ce sillon du cerveau du singe correspond, d'après MM. Beevor et Horsley [1], au premier sillon frontal de l'homme. Le siège de la lésion irritative en question serait donc la circonvolution frontale ascendante à la hauteur du pied de ce sillon, c'est-à-dire un peu au-dessous de la limite entre les tiers supérieur et moyen de la région motrice de la surface convexe.

Que cette lésion fût la cause non seulement des convulsions localisées, mais aussi des attaques classiques d'épilepsie, ne me paraissait pas douteux, la malade n'ayant jamais eu d'attaques qui ne débutassent pas par les convulsions localisées du bras droit.

Comme le traitement interne s'était montré inefficace, j'ai pensé devoir offrir à la malade la chance d'une trépanation. Elle y consentit et, M. Heiberg ayant promis de l'opérer, elle fut admise à l'hôpital de Viborg où l'opération eût lieu le 21 avril 1894. Une couronne de trépan fut enlevée immédiatement avant la ligne rolandique, de sorte que le centre de la couronne était au niveau de la partie supérieure du tiers moyen de cette ligne. Après l'enlèvement de la couronne, la dure-mère décolorée faisait saillie, notamment en avant. L'ouverture du crâne fut donc agrandie à l'aide du ciseau jusqu'à ce que la partie décolorée de la dure-mère se montrât de tous les côtés entourée d'une zone de dure-mère normale. Après une incision cruciale de la dure-mère épaissie, la substance corticale, recouverte de la pie-mère congestionnée, faisait saillie dans l'ouverture. Une sonde fine introduite dans la partie saillante entra, après avoir passé une couche mince de substance cérébrale, dans une cavité kystique, du volume d'une noisette. La substance corticale, qui formait le couvercle du kyste, avait une épaisseur de 3 millimètres environ; on l'incisa, et après l'excision d'un petit morceau, le contenu du kyste, détritus brunâtre, fut enlevé et les parois du kyste légèrement grattées avec la curette tranchante. — Pansement avec de la gaze iodoformée et de l'ouate aseptique.

Quand la malade commença à se réveiller de la narcose, elle pouvait mouvoir le bras gauche, tandis que le droit était encore complètement paralytique. Entièrement éveillée, elle pouvait mouvoir les deux bras et presser assez fortement de la main droite.

Pendant quelques jours après l'opération, le bras et la jambe droits restèrent parétiques. Tous les mouvements étaient possibles, même le mouvement d'abduction, et d'avancement du bras, mais elle les exécutait avec peu de force, et elle se plaignait toujours

[1] *Loc. cit.*, p. 154.

d'une sensation d'engourdissement et de pesanteur dans ces membres. De temps en temps elle sentait des contractions musculaires dans l'avant-bras droit, mais sans qu'aucun mouvement visible en fût la conséquence. Du reste, elle se trouva parfaitement bien jusqu'au 19 mai, époque à laquelle elle eut deux attaques du même type que les antérieures. Elle commença alors à prendre des bromures, à la date de 4 grammes par jour, et jusqu'à présent les attaques ne se sont pas répétées.

Je l'ai vue le 7 août. Elle était bien portante; pas d'obtusion intellectuelle, pas de mal de tête. Toutefois, la mémoire laisse encore à désirer, et elle ne se sert de la main droite qu'avec difficulté pour des travaux délicats.

Je puis ajouter ici que l'examen microscopique, qu'eut la bonté de faire M. Gad, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Viborg, prouva l'origine hémorragique ou embolique du kyste, en constatant la présence de cristaux d'hématoïdine dans le détritus.

Cette malade guérira-t-elle de son épilepsie! Pour répondre à cette question il faut d'abord attendre un an ou deux.— Les deux attaques qu'elle a eues ne prouvent pas le contraire. On voit quelquefois les attaques se répéter dans les premiers temps qui suivent l'opération, et disparaître plus tard. D'autre part il serait téméraire de déclarer un malade guéri, parce qu'il a passé quelques mois sans attaques. On a vu les attaques faire une pause de plusieurs mois, d'un an même, après une opération et puis recommencer. Et dans la grande majorité de cas d'épilepsie *guérie* par trépanation, lors de la publication du cas, la *guérison* datait seulement de quelques semaines ou de quelques mois.

Avant l'opération la malade avait dans son cerveau, au point de départ des convulsions, un kyste hémorragique, lésion à coup sûr irritative et sans tendance à guérison. Le but de l'opération était de guérir le kyste et de le remplacer par une cicatrice. Mais cette transformation ne s'effectue pas sans un travail inflammatoire, en lui-même irritatif.

On devait donc s'attendre à des symptômes d'irritation corticale comme conséquence de l'opération, mais on devait aussi s'attendre à voir disparaître ces symptômes.

Ce qui me fait espérer une guérison dans ce cas, c'est que toutes les attaques de la malade ont commencé par les convulsions localisées dans les muscles dépendant du centre qui était le siège de l'irritation. — Il y a dans cette observation,

outre le côté thérapeutique, encore deux points sur lesquels je veux appeler l'attention.

D'abord il me semble intéressant de noter la relation existant dans ce cas entre les convulsions localisées, l'attaque d'*épilepsie jacksonienne*, et l'attaque d'épilepsie classique. Les observations ne nont pas rares où les attaques d'un malade commencent par des convulsions localisées. Mais il est très rare qu'on trouve noté de quelle manière cette généralisation a eu lieu[1]. Or, dans ce cas il est certain que les convulsions ne se généralisaient pas en s'étendant successivement sur tous les muscles du corps. Après une courte période de convulsions localisées, une attaque classique d'épilepsie se produisit : la malade pâlit et tomba sans connaissance, toute la musculature entra d'emblée dans un stade de convulsions toniques, suivies ensuite d'un stade clonique.

L'autre point que je désirerais faire ressortir, est la paralysie transitoire du bras droit constatée lorsque la malade commençait à s'éveiller de la narcose. Cette observation me semble offrir de l'intérêt pour l'étude des paralysies localisées post-épileptiques. Nous avons là un exemple établissant qu'une influence débilitante, agissant sur tout le cerveau, peut avoir avoir pour résultat une mise hors de fonction seulement des parties malades dont la force de résistance doit être moindre que celle des parties malades.

Quant au résultat thérapeutique définitif de cette opération, il serait par trop précoce, je l'ai dit, d'en parler à présent. J'ai publié le cas parce qu'il me semble pouvoir servir comme un document à l'étude des localisations corticales et de la pathogénie de l'épilepsie.

L'observation qui précède est très intéressante à différents égards. Nous voulons ajouter quelques considérations à propos de la trépanation, qui, d'après ce que nous en savons, ne nous paraît pas donner des résultats bien sérieux au point de vue des malades. Nous avons actuellement dans notre service, deux enfants épileptiques qui ont été trépanés.

1° Freing..., âgé aujourd'hui de dix-huit ans, a des crises convulsives depuis l'âge de quatre mois; les accès étant devenus plus

[1] Nous avons noté cette généralisation à diverses reprises, notamment dans l'observation de Laulai...

fréquents vers l'âge de onze ans, il fut alors trépané par le Dr Lucas-Championnière. Consécutivement les accès auraient momentanément diminué de nombre et d'intensité, puis ils sont revenus comme auparavant; alors Fr... est entré à Bicêtre à l'âge de treize ans (1890). En 1891, il a eu 92 accès; en 1892, 127 accès et 3 vertiges; en 1893, 98 accès et 1 vertige; en 1894, 108 accès et 2 vertiges. Dans notre service, il a pris de l'élixir poly-bromuré d'Yvon et des douches.

2° Simé... (Louise), née le 10 juin 1884. Début des accidents à quatre mois, quotidiens jusqu'à huit mois, puis hebdomadaires. Elle a été craniectomisée en novembre 1891 par M. le Dr Lannelongue. Les accès sont revenus peu après la sortie de l'hôpital. Elle est entrée à la fondation Vallée, le 24 octobre 1891. En 1892, elle a eu 81 accès, 139 vertiges; en 1893, elle a eu 63 accès et 253 vertiges; en 1894, elle a eu 142 accès et 1362 vertiges.

Il nous a paru bon de donner un résumé de ces deux cas en attendant que nous en donnions la relation complète.

BOURNEVILLE.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XIX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS SENSITIVES DE L'ÉCORCE; par le Dr DEJERINE.

Il s'agit d'un cas d'hémiplégie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et perte du sens musculaire par lésion cérébrale corticale. A l'autopsie on a constaté une plaque jaune de ramollissement cortical occupant toute la zone motrice de l'hémisphère droit. Le degré de proportionnalité ayant existé entre l'hémiplégie d'une part et l'hémianesthésie et l'altération du tissu musculaire, d'autre part, vient appuyer l'opinion suivant laquelle il n'existe pas, dans l'écorce cérébrale, des zones sensitives indépendantes des zones motrices, la motilité, la sensibilité générale ainsi que le sens musculaire, ayant une seule et même localisation corticale. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XX. DE LA NÉVROGLIE DANS LA MOELLE NORMALE ET DANS LA SYRINGOMYÉLIE; par le Dr BRISSAUD.

Le canal de l'épendyme, chez l'adulte dont la moelle est nor-

male, apparaît, dans la commissure grise, comme une fente plus ou moins allongée : les cellules épithéliales ont des formes assez irrégulières. Leur sommet, correspondant à la base d'implantation, se termine par une sorte de chevelure qui va participer à la formation de ce fouillis névroglique dont l'origine est dans les cellules de la névroglie elle-même. Du reste, l'épithélium superficiel n'est qu'une variante morphologique de la cellule névroglique. proprement dite. Celle-ci est, à quelque profondeur qu'on l'envisage, une cellule de remplacement de l'épithélium superficiel. Tous ces éléments dérivent du feuillet externe ; tous, sans exception, poussent leurs prolongements jusqu'au feuillet moyen représenté par les ramifications capillaires dans la masse elle-même de la névroglie.

Il n'est pas rare d'observer, immédiatement au-dessous du revêtement épithélial, même lorsque celui-ci a conservé sa forme typique, une disposition canaliculaire des éléments profonds de la névroglie.

Il semble alors que les cellules névrogliques proprement dites, groupées en boyaux comme les cellules d'un épithélioma tubulé, se canaliculisent par la formation d'une cavité régulièrement cylindrique à leur centre. La question est de savoir si cette cavité est autochtone ou si elle n'est qu'un diverticulum du canal épendymaire : la solution de ce problème serait importante pour l'interprétation anatomo-pathogénique des productions syringomyéliques. (*Revue neurologique*, oct. 1894.) E. B.

XXI. Note sur deux cas de tumeur cérébrale avec autopsies ; par le Dr Irwin Neff.

Le premier cas a trait à une femme entrée à l'asile du Michigan pour léger affaiblissement intellectuel avec idées mélancoliques, et chez laquelle, au cours de son séjour à l'asile, survinrent d'abord de violents maux de tête puis des convulsions localisées, caractérisées par une série de spasmes cloniques, affectant primitivement les muscles du côté droit de la face et du cou ainsi que de la langue. Ces crises convulsives se renouvelèrent et bientôt s'établit une hémiplégie du côté droit avec perte de la sensibilité du même côté, par intermittences. La malade vécut quelques années en s'affaiblissant de plus en plus au point de vue physique et mental. A l'autopsie, on trouva une tumeur occupant l'extrémité du lobe frontal gauche, dans lequel elle avait déterminé une excavation de un pouce de profondeur. La tumeur était de forme globuleuse, du diamètre de 4 centimètres environ : elle était adhérente à la pie-mère et à la dure-mère. La substance cérébrale subjacente présentait un léger degré de ramollissement. L'examen histologique montra que c'était un sarcome.

Le second cas a trait à une femme de trente ans entrée à l'asile

du Michigan dans un état de démence qui ne permettait pas d'en tirer de renseignements utiles.

Démarche vertigineuse, signe de Romberg, exagération des réflexes rotuliens, rien du côté de la vue. Par intervalles, quelques troubles de la déglutition, léger tremblement des mains et de la langue. Le 30 octobre 1892, crise convulsive caractérisée par des spasmes cloniques du côté de la face, du bras et de la jambe gauche. En décembre, on constate du ptosis et du strabisme de l'œil gauche. La malade tombe peu à peu dans le coma, en même temps qu'apparaissent des symptômes bulbaires : bouche entr'ouverte, écoulement continu de salive, troubles de déglutition, affaiblissement de la respiration.

A l'autopsie, l'examen de la base de l'encéphale montre une tumeur prenant naissance dans la pie-mère, au niveau du bord antérieur du cervelet, et s'étendant autour des deux lobes. Du côté droit, elle avait comprimé la face postérieure de la protubérance, repoussé le lobe latéral du cervelet, ainsi que la moelle allongée. Du côté gauche, le lobe temporo-sphénoïdal était comprimé : le moteur oculaire commun du côté gauche était aussi comprimé.

A l'examen histologique, le cervelet seul présentait des modifications pathologiques sous forme de ramollissement, surtout du lobe droit. La tumeur était un fibro-sarcôme. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XXII. Contribution a l'anatomie pathologique de la paralysie infantile spinale; par E. Siemerling. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

Observation I. — Enfant de deux ans et demi. Rougeole à neuf mois. Le 8 août 1890, brusquement paralysie de tous les membres; actuellement bronchopneumonie, paralysie flasque des bras et des jambes. Jambe gauche un peu mobile ; à droite, mobilité des orteils faiblement conservée. Mort. L'*autopsie* révèle un foyer hémorragique étendu dans les deux cornes antérieures de la moelle cervicale et lombaire. Au microscope on constate l'existence d'une myélite aiguë atteignant surtout les cornes antérieures. Appareil vasculaire très altéré. Lésion des racines antérieures et postérieures. Figures.

Observation II. — Garçon de huit mois. Au commencement de décembre 1891, affection fébrile avec éruption (rougeole ? scarlatine ?). Huit jours plus tard paralysie des deux jambes. Deux semaines après ces membres récupèrent leur mobilité. Actuellement paralysie flasque des extrémités, surtout des jambes. Mort. L'*autopsie* montre l'existence d'une myélite aiguë occupant surtout la substance grise de toute la moelle. Grande intensité dans les ren-

flements cervical et lombaire. Parois des vaisseaux fort infiltrées, atrophie des racines postérieures et antérieures. Dégénérescence des nerfs périphériques; légère dégénérescence des muscles. Recherche des bactéries nulle.

De l'analyse et de l'étude critique de ces faits, l'auteur conclut que le rôle principal dans la pathogénie de cette affection est joué par l'inflammation du tissu interstitiel dans la région des vaisseaux, notamment dans le domaine des branches de l'artère spinale antérieure. Il n'y aurait pas lieu, suivant lui, d'admettre la lésion primitive des cellules nerveuses au sens de la théorie de Charcot.

P. Keraval.

XXIII. Quelques courtes remarques sur le trajet central de la calotte de Bechterew, par Helweg. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 1.)

L'auteur dit que le fort trousseau de Bechterew qui part de l'olive inférieure et traverse le tronc du cerveau pour se diriger vers le cerveau (*die Leitungsbahnen im Gehirn u. Rückenmark*, p. 104) a été vu par Wernicke (*Lehrbuch der Gehirn krankheiten*, 1881), qui ne l'a pas désigné autrement, mais que lui, Helweg, a fait en 1886 paraître un mémoire en danois sur le trajet central des tractus nerveux vaso-moteurs (en partie traduit dans les *Archiv f. Psych.*, t. XIX [1]) dans lequel il décrit ce faisceau sous le nom de *faisceau ovale de la calotte*, sans naturellement avoir eu connaissance de la communication de Bechterew.

Comme Bechterew, Helweg admet que ce trousseau part de l'extrémité supérieure de l'olive inférieure, traverse la calotte et va, dans la région du tubercule quadrijumeau postérieur, sur les côtés et sur la face antérieure (ventrale) du faisceau longitudinal postérieur. En cet endroit, la coupe transverse du faisceau de la calotte mérite le nom de *coupe de la commissure postérieure*, tandis que Bechterew ne considère pas ce territoire en rapport avec la commissure postérieure. Pour ce dernier auteur le faisceau central en question cesse dans les territoires qui avoisinent le troisième ventricule.

Quant au trajet dudit faisceau, il n'y a que son tiers interne qui s'en aille au centre sans interruption à travers la calotte, car une autre partie du tractus passe par l'olive supérieure et le noyau latéral du ruban de Reil pour fusionner ensuite avec la première partie. Une troisième partie du même faisceau suit la portion médiane du ruban de Reil qui la recouvre, contourne le pédoncule cérébelleux, pour fusionner peut-être, plus tard, à nouveau avec les deux autres tiers (?).

Le faisceau central de la calotte est donc bien le trait d'union

[1] Voy. *Archives de Neurologie*. Revues analytiques.

entre l'olive inférieure et le cerveau. Mais de l'olive partent de nombreuses fibres qui vont au cervelet et qui, suivant Bechterew, doivent être la prolongation du faisceau central de la calotte. Sur ce dernier point M. Helweg fait une réserve. Il y a, dit-il, union indubitable avec la moelle par un petit trousseau qui, parti de l'olive inférieure, va jusqu'à la 4e paire cervicale; *c'est le faisceau triangulaire de la moelle cervicale*. En outre, un grand nombre de fibrilles nerveuses partent de la masse enveloppante de l'olive pour se disséminer dans les trousseaux fondamentaux du cordon latéral et du cordon antérieur, que l'on peut suivre jusque dans la partie inférieure de la moelle dorsale. P. K.

XXIV. Microcéphalie avec fente simienne sans trouble intellectuel; par H. Pfister. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 5.)

Autopsie du cerveau d'une malade ayant été atteinte de folie systématique. 1° L'étude complète des sillons révèle des particularités notées chez les singes (atèles, semnopithèque, gibbon, orang, cercopithèque, chœropithèque, macaques, chimpanzés) et chez l'homme (plis de passage de Gratiolet, Ecker, Huxley, Wernicke). Aussi n'est-ce pour l'auteur du mémoire qu'une variété de cerveau normal; ces variétés de formes n'impliquent point une anomalie de fonctionnement.—2° A côté de cela, il y a une *anomalie de poids* Le cerveau entier recouvert de ses membranes ne pèse que 900 grammes. C'est un petit cerveau ayant conservé ses proportions normales. Nulle altération pathologique, pas de troubles de développement locaux, pas de sillons rappelant la microgyrie, pas de circonvolutions aplaties, pas d'endroits atrophiés. Et d'ailleurs la personne à laquelle appartenait ce cerveau a, pendant quarante-huit ans, joui de l'intégrité de ses facultés. — 3° Que dira maintenant la *structure microscopique* du cerveau en question? Y a-t-il quelques particularités ayant pu compenser les désavantages de la petitesse de l'organe, telles que multiplication des cellules, moindre quantité de la névroglie? C'est ce que l'on va rechercher pour le publier plus tard. P. K.

XXV. Lésions anatomopathologiques du plan incliné de Blumenbach chez les aliénés; par R. Schrœter. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

La face postérieure du dos de la selle turcique vient se mettre au niveau de la face supérieure de l'occipital et la suture qui les sépare est souvent encore rugueuse chez l'adulte (Henle). C'est d'ordinaire à l'âge de la puberté que s'effectue l'ossification de cette suture (de quinze à vingt ans). Quand l'ossification en est prématurée, il s'effectue une dépression au point de réunion du sphé-

noïde et de l'os basilaire (angle sphéno-occipital de Sœmmering) : c'est la cyphose sphénoïdale du plan Incliné à pic de de Krafft-Ebing. En réalité les formes et surfaces de ce plan (clivus) sont multiples. Il est très rare qu'il conserve sa déclivité progressive et descende franchement vers le trou occipital. Le plus souvent on y constate trois directions : un premier segment descend du dos de la selle turcique ; un segment intermédiaire, très escarpé, sépare celui-ci du troisième segment qui a la même obliquité que le premier et rejoint le trou occipital. Parfois ces trois segments ont à peu près la même longueur.

Plus importantes sont les irrégularités de la surface du clivus (ecchondroses, exostoses, ostéophytes) et sa consistance.

Examen à cet égard de 316 aliénés (165 hommes 151 femmes). L'auteur signale l'hypertrophie de l'apophyse odontoïde de l'axis qui viendrait faire saillie sur le clivus constituant un plan incliné très allongé (2 observations) ; les ostéophytes de ce plan osseux (24 femmes, 25 hommes) simples ou doubles avec transformation des apophyses clinoïdes postérieures en nombreuses aiguilles pointues ; un ostéophyte, un aiguillon ayant un demi- centimètre de haut, une crête osseuse transversalement à cheval sur ledit plan à implantation sise au bas du dos de la selle turcique et s'étendant sur le clivus sur une étendue de 1,2 à 1,5 centimètre (2 femmes) ; trois cas d'hyperostose à forme de tubercule ; enfin des diminutions de consistance avec interruptions de la continuité du plan incliné.

Dans ces anomalies la scrofule, la tuberculose, la syphilis jouent un rôle important. On les trouve surtout chez les paralytiques généraux.

Il est difficile de découvrir les symptômes exclusivement imputables à la localisation du plan incliné. Ils dépendent des organes nerveux atteints par les lésions de ce dernier. Troubles de la parole en rapport avec l'hypoglose ; ralentissement du pouls dû au nerf vague ; stases par atteinte du bulbe et de certaines régions du cerveau. Influence de l'hypertrophie de l'apophyse odontoïde qui comprime et provoque de la méningite chronique limitée. Le facial réagit dans l'espèce par des accidents continus : agitation musculaire de la face ; flexions continues de la partie superieure du corps ; déplacements perpétuels des membres ; grimaces ; convulsions faciales ; balancements brusques de la tête ; flexions des doigts et des bras ; élévations continuelles des pieds ; nystagmus ; rougeur de la conjonctive ; larmoiement. L'affaiblissement intellectuel, l'hypocondrie peuvent aussi en être rapprochés.

Ces néoplasmes diminuent-ils beaucoup la capacité intracranienne ? C'est possible, quoique inappréciable, car en cet endroit, dans la région du trou occipital, il y a des latitudes considérables et des compensations morphologiques et physiologiques. On ne peut formuler rien de précis. P. K.

XXVI. Contribution a la connaissance de la richesse de l'écorce cérébrale de l'homme en fibres nerveuses a myéline; par Th. Kaes. (*Archiv f. Psychiat*, XXV, 3.)

Mensurations des plus intéressantes et des plus patientes avec tableaux en couleurs. Conclusions également très détaillées desquelles il importe de retenir surtout ceci:

C'est la *zone corticale motrice* (ascendantes et partie postérieure des lobes frontaux), c'est encore la *zone temporale* (surtout en arrière), c'est enfin le *lobe occipital* qui, à trente-huit ans, sont le plus fournis en fibres. — A l'âge de dix-huit ans, le lobe temporal est bien au-dessous des deux autres grands règnes, quant au développement en fibres.—La région du *lobule paracentral* est celle qui possède la plus grande quantité de fibres puissantes, tandis que le *lobe occipital* l'emporte sur toutes les autres régions de l'écorce quant au nombre des fibres et à la précocité de leur développement. — En ce qui concerne la zone motrice, la partie postérieure du lobule paracentral paraît, envisagée dans l'ensemble de son développement, être à l'âge de dix-huit ans presque aussi riche en fibres qu'à l'âge de trente-huit ans. —La région la plus pauvre en fibres, c'est la partie la plus antérieure du lobe frontal à la convexité..

P. Keraval.

XXVII. Observation de totale destruction traumatique du segment de moelle intermédiaire a la moelle cervicale et a la moelle dorsale; par L. Bruns (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV, 3.) — Etude spéciale de la dégénérescence descendante consécutive a cette description; par H. T. Patrik. (*Ibid.*)

Une chute sur la tête, la nuque et le dos ne produit pendant les quatre mois ultérieurs qu'une paralysie flaque des extrémités inférieures avec perte des réflexes patellaires, paralysie de la vessie et du rectum. On procède à l'*examen microscopique* de la moelle spinale de la quatrième paire cervicale au cône terminal, des racines de la queue de cheval, d'un grand nombre de nerfs et de muscles des extrémités inférieures. On constate : 1° une dégénérescence cicatricielle totale directe traumatique occupant tout le segment de la moelle compris entre la huitième racine cervicale et la première dorsale. Déjà quelques-unes des parties du segment en question (zone radiculaire postérieure, partie centrale) s'étaient graduellement réparées, de sorte qu'aux limites supérieure et inférieure du tissu cicatriciel la dégénérescence, quoique très active, n'était plus aussi étendue. Racines antérieures en grande partie détruites. Racines postérieures remarquablement bien conservées; 2° une dégénérescence traumatique directe partielle en rapport

avec des tractus de dégénérescence secondaire évidente au niveau des septièmes racines cervicales et deuxièmes racines dorsales. La dégénérescence traumatique directe se termine graduellement en une dégénérescence secondaire évidente dans les zones marginales et provoque des foyers dégénératifs dans les cornes postérieures et les cordons postérieurs. Ces derniers foyers émaillent tout ce territoire. La dégénérescence marginale traumatique directe cesse graduellement au niveau du bord supérieur ou du bord inférieur de ces segments. La dégénérescence descendante intéresse les faisceaux pyramidaux croisés, le bord des cordons antéro-latéraux, les faisceaux latéro-cérébelleux, les faisceaux de Gowers, les faisceaux de Goll et les faisceaux de Burdach. En cet endroit, dégénérescence très accusée des racines antérieures et postérieures; 3° dégénérescence purement secondaire à partir des sixièmes racines cervicales (de bas en haut) et des troisièmes racines dorsales (de haut en bas). En haut, la dégénérescence se limite graduellement aux faisceaux de Goll et à une petite partie des faisceaux de Burdach ainsi qu'aux faisceaux de Gowers et aux faisceaux latéro-cérébelleux; on la poursuit jusqu'à la troisième paire cervicale. En ce cas la dégénérescence porte sur les faisceaux pyramidaux croisés et les bords des cordons antéro-latéraux, ainsi que sur certaines parties des cordons postérieurs; elle peut être suivie jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale pour le cordon postérieur et jusqu'à la moelle sacrée pour les autres systèmes. En bas, à partir de la deuxième racine dorsale, on trouve simplement quelques fibres nerveuses affectées de myélite, notamment sur le bord des cordons postérieurs, plutôt que de véritables foyers, et cela jusqu'à la moelle lombaire; en revanche, l'aspect des cellules nerveuses des colonnes de Clarke laisse à désirer. Pour le reste de la moelle, notamment pour la moelle lombaire et sacrée, il y a complète intégrité de la substance grise (cellules ou fibres), des fibres antérieures et postérieures, des fibres nerveuses extra-pie-mériennes, y compris celles de la queue de cheval; intégrité complète de la substance blanche à l'exception des zones de dégénérescence descendante; 4° légère altération dégénérative des nerfs et des muscles des extrémités inférieures.

L'auteur insiste sur la disparition des réflexes et la persistance de la paralysie flasque des extrémités inférieures, avec une lésion transverse totale de la moelle siégeant si haut. C'était précisément ce qu'avait annoncé Bastian quand il disait :

« Lorsqu'il y a lésion transverse totale de la moelle au niveau des régions cervicale ou dorsale, la moelle lombaire restant intacte, malgré la dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux, tous les réflexes cutanés et tendineux des régions sous-jacentes à la lésion font défaut, la paralysie reste flasque, la vessie et le rectum restent paralysés. »

Or, précisément ici pendant cent six jours, c'est-à-dire bien au delà du temps en rapport avec le *Shock*, il y a eu paralysie flasque, sans troubles de dégénérescence électique, paralysie permanente de la vessie et du rectum. Anatomiquement la moelle était totalement détruite au niveau de la huitième paire cervicale et de la première dorsale; il y avait dégénérescence descendante et ascendante de tous les systèmes en question. État normal de la moelle lombaire, notamment pour les racines antérieures et postérieures, les zones radiculaires postérieures, la substance grise. Racines normales dans la queue de cheval. Altérations très faibles des nerfs et des muscles des extrémités, insignifiance des quelques fibres myélitiques sous-jacentes à la pie-mère, dans les faisceaux postérieurs de la moelle dorsale et lombaire supérieure. P. K.

XXVIII. Contribution a l'anatomie pathologique de la chorée chronique progressive héréditaire; par H. Oppenheim et H.-H. Hoppe. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 3.)

Deux observations ayant ceci de particulier qu'il s'agissait d'une chorée chronique héréditaire sans complication. Il y a eu complet *examen anatomo-pathologique*. Atrophie des circonvolutions, surtout au niveau des ascendantes, du lobule pariétal supérieur et du lobule occipital. Dans l'un des cas, il y a en outre hydrocéphalie externe, de l'autre (un homme) pachyméningite interne membraneuse hémorrhagique avec hémorrhagies anciennes et récentes. Un examen histologique attentif a éte effectué de tout le système nerveux central, de certains nerfs et de certains muscles. L'auteur met en relief l'*encéphalite disséminée* caractérisée par une lésion des vaisseaux, des hémorrhagies, la prolifération des cellules et la sclérose (tissu fibrillaire des foyers anciens); les altérations disséminées atteignaient plus fortement la zone motrice. La dissémination de l'irritation sur les cellules et les fibres explique qu'il y ait eu, non de la paralysie, mais des accidents d'incoordination. L'atteinte du lobe frontal explique l'altération des fonctions psychiques. Il faut également s'arrêter aux *lésions de la moelle*, presque égales, chez les deux malades quoi qu à des degrés divers. Lésions irrégulières, non systématiques, d'origine névroglique, conjonctive, vasculaire, ne procédant point de la dégénérescence secondaire. Irritant en permanence les cornes antérieures et les racines antérieures, elles ont, en provoquant le complexus choréique, déterminé la proliférations de tissus et notamment de l'appareil vasculaire. Malgré cela, il n'y avait pas de lésion des faisceaux pyramidaux (observation I) tandis que les cordons postérieurs présentaient (dans l'observation II) les mêmes lésions diffuses et indéterminées.

Etude critique parallèle des cas de chorée héréditaire avec anatomie pathologique, dans la bibliographie. P. K.

XXIX. Contribution a la connaissance de l'anatomie pathologique de l'idiotie ; par M. Popoff. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 3).

Idiot mort à dix-huit ans de phtisie pulmonaire ; il ne connaissait que les premières lettres de l'alphabet et les opérations arythmétiques les plus simples. Gâteux, malpropre, excité, destructeur, il présentait un arrêt de développement des extrémités du côté droit parésiées, froides, avec de l'hyperexcitation des muscles et des réflexes tendineux. *Autopsie.* Pie-mère épaissie. L'artère de la frontale ascendante droite est sclérosée et thrombosée. Le cervelet n'est pas complètement recouvert par les lobes occipitaux. Poids de l'encéphale : 1,202 grammes. Troisièmes frontales droite et gauche peu développées ; faible développement du lobe paracentral gauche et des parties contiguës des deux frontales supérieures, ainsi que de l'insula. L'écorce est généralement mince ; les ventricules sont dilatés ; aplatissement du pédoncule cérébral et de la pyramide du côté gauche. Petitesse des cordons latéraux droits. Dans les couches corticales, petites cellules nerveuses bien plus nombreuses que normalement ; par la méthode de coloration de Gaule, on obtient des noyaux rouge framboise irréguliers, à contours tranchés, et l'on voit dans les nucléoles des lacunes arrondies, blanchâtres, même dans les cellules dont les noyaux à contours normaux sont normalement colorés. Fibres myéliques intra-corticales très diminuées (coloration de Weigert et Pal), surtout dans l'opercule ; alternative irrégulière de segments pauvres et de segments riches en fibres.

Les cellules forment aussi des groupes irrégulièrement ordonnés et non plus stratifiés (picrocarminate et carmin) ; les prolongements de leurs pôles qui normalement ont un trajet parallèle et perpendiculaire à la surface des circonvolutions sont souvent obliques et transversaux ; les cellules sont petites, recoquevillées, vacuolisées. Parois des vaisseaux épaissies et rayées ; accumulation en plusieurs places de cellules-araignées.

Dans le lobe occipital gauche, foyer brun ocreux de 10 millimètres de diamètre, formé de grosses fibres de tissu conjonctif et de vaisseaux épaissis ; nombreuses cellules rondes entre l'endothélium du vaisseau et la membrane fenêtrée ainsi qu'au pourtour du conduit.

Dans la moelle, tuméfaction de la plupart des cellules (carmin) arrondies, sans prolongements ; noyau difficile à voir, nucléole ; vaisseaux gonflés de sang, entourés de magmas de cellules rondes. Cordon antérieur droit un peu plus épais que le gauche ; cordon latéral droit et corne antérieure droite de moindre dimension qu'à gauche. Cordons postérieurs normaux.

Dans la moelle cervicale, on voit les racines antérieures se réu-

nir en trousseaux compacts dans l'intérieur même de la substance blanche et grise. Dans les racines postérieures, on est frappé de la grande différence de calibre qui existe entre les fibres médianes, massives, surtout à droite, et les fibres latérales anormalement délicates.

Il y a donc eu, en somme, une lésion qui s'est produite avant que l'encéphale ne fût terminé, vers la fin de la vie fœtale (ce que prouve l'état des racines spinales). Par suite de l'arrêt de développement de la région operculaire gauche, il s'est produit le trouble de la parole, surtout moteur, constaté pendant la vie. L'atteinte plus spéciale du faisceau pyramidal doit s'expliquer par l'arrêt de développement qui a de préférence frappé l'hémisphère gauche ; la lésion de la moelle émane donc de celle de l'écorce. L'arrêt de développement du faisceau pyramidal explique l'arrêt de développement de la corne antérieure correspondante.

L'auteur se rattache à l'idée d'une *lésion vasculaire syphilitique* ayant porté sur le lobe occipital gauche et provoqué des lésions histologiques diffuses de l'écorce. Puis, peu de temps avant la mort, il y aurait eu *myélite aiguë*, principalement de cette moitié de la moelle qui a présente le plus grand arrêt de développement, et qui, par suite, était prédisposée à contracter une autre affection. Figures. P. Keraval.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXII. Les états affectifs et la mémoire; leçon de M. le Pr Ribot, au Collège de France; recueillie par M. Danville.

On savait jusqu'ici qu'il y a quatre sortes de mémoire : la mémoire visuelle, l'auditive, la tactile, la motrice, auxquelles on avait ajouté récemment la mémoire du langage verbal. Mais l'on ne s'était pas encore demandé si les autres sens ne seraient pas aussi susceptibles de contribuer pour leur part au souvenir. Existe-t-il une mémoire des sensations internes ? Conserve-t-on une mémoire des émotions et des passions ? En cas d'affirmative, quelles sont les formes de représentation affectées par ces souvenirs ? Quel rôle pratique ces images jouent-elles dans l'ensemble de nos cogitations ? Quel intérêt théorique offrent enfin ces mémoires ?

Telles sont les questions que M. Ribot essaye de résoudre. Il y a

deux formes distinctes de mémoire : la mémoire dite de conservation et la mémoire *de rappel ou d'évocation.*

Il n'est pas douteux que la première existe pour les sensations internes; pour ce qui est des sensations de faim et de soif, par exemple, il n'arrive jamais à personne de se tromper sur leur identité, lorsqu'on les ressent. De même, la sensation de fatigue n'est pas moins facilement reconnue.

Mais le deuxième mode de reproduction du souvenir, la mémoire de rappel ou d'évocation s'applique-t-il aussi aux états affectifs? Pour rendre les recherches plus faciles, M. Ribot distingue dans ces derniers quatre groupes : 1° les saveurs et les odeurs; 2° les sensations internes (faim, soif, fatigue, dégoût) ; 3° le couple plaisir et douleur; 4° les émotions et passions, et conclut, après ses recherches dans les différents ouvrages qui traitent de la question et après ses propres expériences, que la mémoire de rappel ou d'évocation existe bien pour chacun de ces quatre groupes d'états affectifs, mais se rencontre plus ou moins nette suivant les individus.

En résumé, il y a lieu de considérer dans toute mémoire ou reproduction d'états affectifs : d'une part, des conditions *cérébrales* auxquelles s'ajoutent, d'autre part, des conditions *organiques* complexes, ou, autrement, une diffusion dans tout l'être des excitations provenant du rappel des images intellectuelles, excitations immédiatement suivies des réactions générales de réponse dont l'ensemble provoque le rappel en retour de l'état affectif. (*Revue neurologique*, janvier, 1894.) E. B.

XXIII. La valeur des signes de dégénérescence dans d'étude des maladies mentales; par le Dr Naecke.

Les stigmates morphologiques de dégénérescence sont très nombreux parmi les gens normaux, et l'auteur n'a trouvé que 3 p. 100 d'entre les gardes-malades du sexe féminin qui en fussent exemptes. — Un seul stigmate n'est donc d'aucune importance, moins encore spécifique, d'autant moins qu'il peut se trouver déjà ethniquement. Ce n'est donc que l'accumulation de ces signes qui peut être de quelque valeur diagnostique, et démontrer un état cérébral inférieur.

Combien donc de ces stigmates devront-ils être réunis ou plutôt, combien de parties du corps devront-elles en présenter à la fois, puisque 21 p. 100 des femmes normales examinées avaient quatre signes, et chez 29 p. 100, trois parties du corps en étaient atteintes en même temps?

L'auteur donne, comme chiffre approximatif, cinq signes sur quatre parties du corps.

Il y a toutefois bien des exceptions, et, dans un cas concret, il faudra toujours être prudent dans sa conclusion. — Mais dans les cas incertains, les stigmates pourront fournir quelque indice, quel-

que appui au diagnostic : un homme qui présente des signes nombreux de dégénérescence sera toujours suspect pour ce qui concerne son état mental, nerveux ou moral; il pourra devenir plus facilement, paraît-il, malade de l'esprit, des nerfs ou bien délinquant.

L'auteur appelle l'attention sur certaines anomalies que l'on pourrait bien énumérer parmi les stigmates dans le sens ordinaire et qui sont relativement peu connues, savoir les anomalies des organes internes ; il pense qu'en faisant des recherches systématiques et comparatives du cerveau, on trouvera plus d'anomalies de la surface chez les épileptiques et chez les idiots que chez les autres aliénés, davantage dans la paranoïa que dans la paralysie générale, peut-être même davantage dans les cas graves de psychose que dans les cas légers. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1894.) E. Blin.

XXIV. La folie dans ses rapports avec la loi. La castration chez les criminels; par le Dr Hughes.

Ce mémoire, publié dans le *Medical and surgical reporter* de 1881, est publié de nouveau, pour établir sa priorité sur quelques publications au sujet de la castration chez les criminels.

Dès 1881, l'auteur appelait l'attention du législateur sur cette plaie de la société moderne, sur la diathèse névropathique, sur la dégénérescence héréditaire avec toutes ses productions dans le domaine du crime et de la folie. De quel droit, dit-il, serait-il permis à des ivrognes confirmés, à des criminels enracinés, de propager une race d'imbéciles, d'épileptiques, d'idiots ou de criminels? L'Etat s'efforce de combattre la fièvre jaune et le choléra; pourquoi la loi ne s'efforcerait-elle pas d'enrayer ce fléau beaucoup plus terrible de la dégénérescence héréditaire? Pour cela, la castration se présente comme le remède le plus légal et le plus moral, pour s'opposer à la reproduction de l'espèce chez certains criminels et chez certains dégénérés. — Cette loi ne serait que l'application aux théories modernes d'une ancienne loi de l'Etat de Missouri, qui punissait par la castration le crime de viol. Les remèdes radicaux, ajoute l'auteur, sont les meilleurs pour les vices organiques.

L'auteur reconnaît, et l'on ne saurait trop l'approuver, qu'il faudra agir avec la plus grande prudence pour éviter les erreurs, soit qu'il s'agisse d'erreur judiciaire ou d'erreur dans le diagnostic et dans le pronostic de l'état mental et moral des malades. (*The alienist and neurologist*, avril 1894.) E. B.

XXV. Sur les moyens de prévenir la folie et de lui échapper; par le Dr W. Ireland.

Dans une famille entachée d'hérédité névropathique, tous les descendants ne sont pas nécessairement contaminés, et l'on peut dire,

tout au moins, que pour produire leurs néfastes effets, il est souvent nécessaire que les prédispositions héréditaires soient renforcées par une cause adjuvante ; d'où l'importance de l'éducation et des précautions à prendre pour prévenir le développement de ces prédispositions morbides.

Ces précautions doivent déjà être prises pendant la vie intra-utérine, et la mère devra éviter tout travail pénible, toute émotion.

Pendant la première enfance, les précautions sont plutôt des notions d'hygiène générale que des règles particulières.

Lorsque l'enfant grandit, on doit éviter de lui donner une nourriture presque exclusivement carnée, s'il a une tendance aux maladies nerveuses et à l'instabilité mentale; il en est de même de la bière, du vin, du thé, du café. L'enfant devra boire de l'eau, et la base de l'alimentation sera dans le lait et les céréales. Il sera préférable d'élever les enfants à la campagne et surtout dans les montagnes.

Une question délicate est celle de l'éducation; c'est une mauvaise chose de commencer l'instruction de l'enfant avant sept ans, et surtout de développer, à l'exclusion des autres, une faculté plus spécialement évidente. Un certain degré d'affaiblissement intellectuel ou un caractère trop violent sont des obstacles pour élever l'enfant dans une école; mais dans les autres cas, l'éducation donnée en commun ne peut que faire prendre des habitudes d'obéissance du plus salutaire effet.

L'auteur condamne la pratique de l'hypnotisme pour combattre certaines habitudes vicieuses, la masturbation ou l'incontinence d'urine.

Quant à la formation du caractère, il faut tenir les enfants avec douceur mais avec fermeté, et savoir à l'occasion les punir, car c'est une grave erreur de donner aux enfants arriérés ou dégénérés la notion qu'ils sont en dehors de toute punition.

L'éducation est un puissant moyen de traitement de l'affaiblissement mental ou moral; quelques enfants, il est vrai, malgré les bons exemples qu'ils peuvent avoir sous les yeux, sont rebelles à toute éducation : ce sont les cas d'imbécillité morale. Mais, même dans ces cas, il ne faut pas désespérer, et une bonne direction morale, une éducation judicieuse, peuvent prévenir bien des défaillances, alors que bien souvent la faiblesse d'une mère timorée a ouvert toutes grandes, pour l'enfant, les portes de l'asile; c'est ce que reconnaissait un des malades de l'auteur, dans un asile d'aliénés, en disant : « C'est une chose terrible que d'être fils unique. » (*The alienist and neurologist*, avril 1894.) E. B.

XXVI. Troubles vaso-moteurs et trophiques dans la démence paralytique; par le Dr Hoyt.

Une étude clinique et anatomo-pathologique des troubles vaso-

moteurs et trophiques qu'on observe aux diverses périodes de la démence paralytique a conduit l'auteur à se ranger aux idées de Meynert, de Folsom et de Spityka, à savoir que les symptômes de la démence paralytique, à la première période, sont dus à une paralysie vaso-motrice des vaisseaux de l'encéphale; l'encéphalite corticale et les processus dégénératifs que l'on observe aux périodes postérieures sont consécutifs à la paralysie vaso-motrice des vaisseaux de l'encéphale.

En acceptant cette hypothèse, il y aurait intérêt à faire des recherches du côté du centre vaso-moteur du plancher du quatrième ventricule; peut-être y découvrirait-on la lésion primordiale de cette fatale maladie. (*American journal of insanity*, 1894.)

E. B.

XXVII. Confusion mentale; par le Dr Worcester.

L'auteur en donne avec Wood la définition suivante, en tant qu'entité morbide : un désordre psychique aigu produit par un choc nerveux ou une maladie générale, sans trouble émotionnel, avec abattement marqué du pouvoir mental, accompagné souvent d'hallucinations et d'excitation intellectuelle en même temps que de dépression physique; il existe quelquefois des troubles vaso-moteurs et la maladie se termine le plus souvent par une guérison complète.

Le symptôme fondamental auquel tous les autres troubles mentaux sont subordonnés, est la confusion mentale, l'égarement : il existe un affaissement de l'association naturelle des idées. L'incohérence du langage est due à la disparition du lien logique qui réunit naturellement les idées à exprimer.

La dépression des malades peut aller jusqu'à la stupeur; on rencontre parfois, dans ces cas, une sorte de rigidité cataleptique analogue à la catatonie de Kahlbaum. Dans la majorité des cas, il existe, par intervalles, de l'excitation maniaque avec tendance à la violence.

Un symptôme fréquent est une appréhension vague qui pousse le malade à s'opposer à tout ce qu'on veut lui faire faire.

La condition étiologique la plus importante, aux yeux de l'auteur, est la constitution même du malade; puis viennent les impressions brusques et profondes sur le système nerveux, les maladies fébriles, l'état puerpéral, les traumatismes, la puberté, etc.

Beaucoup de cas rangés sous l'appellation de manie devraient, d'après l'auteur, être rapportés à la confusion mentale. Il y a, du reste, deux sortes de cas où on peut constater de l'excitation motrice avec loquacité et violences : 1° dans les uns, on peut constater une surexcitation générale des facultés intellectuelles : ce sont les cas de manie qui correspondent à un affaiblissement de l'inhibi-

tion psychique et motrice; 2° dans les autres, il existe un véritable affaissement de l'intelligence, ce sont les cas de confusion mentale. Il existe de même une distinction nette entre la mélancolie et la confusion mentale : le désordre mental dans la mélancolie est primitivement émotionnel avec intégrité presque complète de la plupart des facultés intellectuelles; lorsque la confusion mentale revêt une forme mélancolique, c'est à la suite d'hallucinations, de troubles délirants vagues, incohérents et illogiques. La majorité des cas classés sous le nom de mélancolie avec stupeur ne sont en réalité que des cas de confusion mentale.

En somme, sous le nom de confusion mentale, l'auteur décrit un groupe de symptômes qui peuvent reconnaître un grand nombre de causes ; le délire fébrile et le délire d'inanition, par exemple, présentent parfois les signes de la confusion mentale; mais l'ensemble symptomatique de la confusion mentale est assez net pour en faire une entité morbide dans un système de classification basé sur les faits cliniques. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XXVIII. Substratum physique de la folie et diathèse de la folie par le Dr White.

Il est indubitable que l'écorce cérébrale, la portion la plus complexe du système nerveux au point de vue anatomique, ne soit l'origine des fonctions les plus complexes, les manifestations de l'esprit. Et quelles que puissent être les idées de chacun touchant la nature de l'esprit et ses relations avec le cerveau, on doit reconnaître qu'à chaque phénomène psychique correspond un phénomène nerveux : la folie n'est donc rien autre qu'un symptôme complexe de maladie corticale.

On peut dire que le développement fonctionnel de l'écorce se fait du centre à la périphérie, les fonctions les plus hautes et les plus récentes étant placées dans les régions les plus extérieures : il semble qu'il y ait là une série de plans superposés et dont les fonctions deviennent plus complexes à mesure qu'on gagne la périphérie; mais en même temps qu'elles sont les plus récemment organisées, les régions extérieures de l'écorce sont les moins stables et les premières atteintes.

Les fonctions de ces centres élevés paraissent être essentiellement inhibitoires : dans la mélancolie, les fonctions de ces régions sont en partie désorganisées, ne s'effectuent qu'avec peine, et il en résulte un état douloureux; une altération plus étendue, plus profonde de ces régions causerait tous les symptômes de la manie, ces symptômes n'étant pas dus à un accroissement de puissance ou de capacité, mais à une disparition du contrôle inhibitoire; en dernier terme on rencontre la démence avec ses modifications profondes et destructives des tissus.

Chaque individu naît avec une certaine puissance, plus ou moins grande à se développer : suivant que ces forces latentes de développement cérébral sont dissipées de bonne heure par des conditions défectueuses d'existence ou sont originairement débiles, du fait d'une tare familiale, on se trouve en présence de la diathèse acquise ou de la diathèse héréditaire; c'est cette dernière forme que rencontrent le plus souvent les aliénistes et qui présente les plus grandes difficultés relatives au traitement. Les conditions de la diathèse héréditaire de la folie sont étroitement reliées à l'idiotie et à l'imbécillité; folie et imbécillité ou idiotie ne sont cependant pas choses identiques, car la folie suppose une maladie corticale actuelle greffée sur un cerveau développé ou non.

Qu'elle soit acquise ou héréditaire, la diathèse de la folie présente des signes à peu près identiques, avec cette différence que, lorsqu'elle est acquise, le traitement peut présenter plus d'efficacité. Ces signes sont tout d'abord une perte du contrôle inhibitoire, puis une irrégularité marquée, un manque de coordination dans les manifestations de toutes les facultés mentales. L'auteur, à ce propos, passe ensuite en revue les principaux signes de dégénérescence, intellectuels, moraux ou somatiques, ainsi que les notions nouvelles sur la responsabilité, introduites dans la science par l'anthropologie criminelle. Pour conclure, il montre toute l'importance de l'éducation dans le développement moral du dégénéré. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XXIX. La folie chez les criminels; par le Dr Fallison.

Le criminel présente si souvent des conditions anatomiques et pathologiques toutes spéciales qu'il est une étude intéressante pour le médecin; et la folie, la débilité mentale se rencontrent si fréquemment chez lui qu'il attire tout spécialement l'attention de l'aliéniste.

Les signes de dégénérescence sont si fréquents qu'on a voulu créer un type criminel; mais le crime est un produit complexe qui ne tient pas seulement à l'hérédité ou aux tares physiques, mais aussi à l'entourage, à l'éducation.

Les formes de folie présentées par les condamnés admis à l'hôpital d'Etat de Matteawan, présentent un type assez particulier. D'une manière générale, ce sont des types simples de folie; le trouble mental le plus commun est une forme tranquille, subaiguë ou chronique sans excitation motrice, et souvent est associée à un arrêt de développement physique ou mental.

Ce qui rend ces aliénés criminels souvent dangereux, c'est la facilité avec laquelle ils s'entendent entre eux pour fomenter des séditions, amener des actes de violence, des vols ou des évasions.

Dans les antécédents de la plupart, on relate le manque d'éducation et l'intempérance.

Mais que faire de ces aliénés criminels, au bout d'un certain temps? Dans la stricte acceptation du mot, ils ne restent pas longtemps aliénés, mais restent des affaiblis aptes à toutes les déchéances morales. Si on les replace en prison, le régime cellulaire affaiblit encore leur pouvoir mental; mis en liberté, ils deviennent des récidivistes.

Dans l'intérêt de tous, des lois plus sévères devraient restreindre la mise en liberté des imbéciles intellectuels et moraux, avec tendances au crime; et, dès le second délit, on devrait placer ces aliénés criminels dans un asile spécial, et les y laisser pour un temps indéterminé, souvent pour la vie. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XXX. Jurys d'examen pour l'aliénation mentale; par le Dr Stearns.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : jusqu'à ce qu'un jour brillant se lève sur le système du service civil en Amérique, et qu'une appréciation plus élevée des devoirs inhérents aux jurys d'examen n'ait été réalisée, les progrès de la psychiatrie doivent être cherchés beaucoup plus dans la voie qu'ont déjà pressentie et indiquée les médecins, dont la large expérience a pu s'exercer dans les conditions, bien limitées cependant, de ces cinquante dernières années, que dans les services que pourront rendre les conseils de juges pour l'aliénation mentale. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XXXI. Folie consécutive a une ovaro-salpingectomie; par le Dr Regis.

Intéressante observation d'une femme prédisposée chez qui l'ablation des ovaires et des trompes détermina l'apparition de troubles délirants.

L'auteur institua, comme traitement presque exclusif, une injection, par jour, d'extrait ovarien à la dose d'un demi à deux centimètres cubes et demi d'une solution à 10 p. 100; cette médication, absolument inoffensive, en dépit de sa durée (près de deux mois), a donné des résultats favorables aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue mental. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIXe CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST.

SESSION DE BADE-LES-BAINS.

Séance du 2 juin 1894. — Présidence de M. Hitzig.

M. Hoffmann communique une observation de *neuromyosite multiple.* Il s'agit d'un cordonnier de soixante-dix ans qui brusquement, le 9 juillet 1890, ressentait des contractions dans les mollets, des douleurs dans le corps et les membres, une fatigue intense dans les jambes; il éprouvait au même moment de grandes difficultés à marcher. La semaine suivante, brûlures vives dans les membres et le tronc, paralysie de ces régions. Telle fut jusqu'au 24 juillet la situation qui se compliqua bientôt de dyspnée, de difficultés dans l'expectoration, d'œdème des pieds et des jambes. Intégrité des nerfs craniens et des sphincters. Cause inconnue. Un fils du malade est atteint de tabes dorsal. Le 24 juillet, on constate : accélération de la respiration, toussottement continu, faible expectoration, paralysie des jambes, des bras, des muscles du tronc, disparition des réflexes tendineux, des réflexes cutanés, œdème des pieds et des jambes, sensibilité douteuse à la pression sur les troncs des nerfs, amaigrissement des muscles paralysés avec réaction de dégénérescence partielle ou complète, fréquence du pouls; le diaphragme ne fonctionne pour ainsi dire pas, température 37°,9; la vessie n'évacue plus l'urine d'ailleurs indemne d'albumine ou de sucre. Mort le 25 juillet. — *Autopsie.* Il existe une *myosite aiguë interstitielle* ainsi qu'une *névrite aiguë multiple* portant aussi sur les nerfs cutanés. Altérations identiques à celles qu'ont publiées Eichhorst, Leyden, Rosenheim, Senator. On ne trouve aucune cause à cette lésion qui atteint systématiquement nerfs et muscles.

Discussion. — M. Edinger a observé un cas semblable avec hémorragies cutanées multiples, dû à de l'endartérite noueuse. — M. Hoffmann. Dans l'endartérite, c'est surtout le tissu interstitiel des muscles qui est atteint. Dans l'endartérite multiple, il y a pro-

bablement origine infectieuse; M. SIEMERLING partage les vues de M. Hoffmann.

M. GERHARDT. *De la manière d'être des réflexes dans la section transverse de la moelle.* — L'orateur a observé un malade atteint de tumeur des vertèbres dorsales avec compression de la moelle, chez lequel, pendant quatre ans et demi, il y eut, jusqu'à la mort, exagération des réflexes de la partie du corps sous-jacente à l'interruption spinale, ce qui est contraire aux assertions de BASTIAN. A *l'autopsie*, on constata qu'à l'endroit comprimé la moelle était transformée en une substance mince et transparente constituée par un tissu conjonctif lâche, probablement arachnoïdien; il n'y restait pas un seul élément de tissu nerveux. Ce fait vient à l'appui de la théorie ancienne.

M. HITZIG présente, en revanche, des préparations de moelle et de muscles empruntées à une malade qui, à la suite d'une chute, subit une séparation presque complète de la moelle entre la région cervicale et la région dorsale. Elle survécut onze ans à cette mutilation et, jusqu'à sa mort, les réflexes tendineux furent abolis dans les extrémités inférieures; l'excitabilité électrique persista d'abord puis finalement diminua considérablement et cela d'une façon permanente.

M. KAUSCH. *De la situation du noyau du nerf pathétique.* — Le noyau de la quatrième paire ou noyau IV comprendrait d'après les auteurs trois groupes de cellules: 1° le noyau IV à petites cellules, postérieur, de Westphal mentionné par lui en 1887, qu'en 1891 il ne rattache plus à la quatrième paire; 2° le noyau ventral postérieur de l'oculomoteur commun, qui occupe une dépression du faisceau longitudinal postérieur; 3° le noyau principal du pathétique de Westphal, situé entre le faisceau longitudinal postérieur et l'aqueduc de Sylvius.

En 1891, dans un travail paru sur la paralysie progressive des muscles des yeux, MM. Westphal et Siemerling considèrent ce dernier noyau comme étant le seul noyau de la quatrième paire (noyau IV) parce que c'est dans ce noyau que se terminent les fibres de celle-ci, tandis que le noyau ventral postérieur serait un noyau de l'oculomoteur commun. Eh bien ce noyau principal du pathétique de Westphal n'est pas le noyau de la quatrième paire. Le *noyau ventral postérieur* est seul le noyau de la quatrième paire, pour les motifs suivants:

1° Tout noyau d'un nerf moteur possède un réseau très fourni de fibres fines ou fortes entre les cellules. Or le faux noyau de Westphal serait seul dépourvu de cette quantité de fibres; 2° les fibres de la quatrième paire se terminent dans le noyau ventral postérieur, il n'y en a pas une seule qui se rende dans le noyau de Westphal; 3° les cellules du noyau de Westphal ne sont pas motri-

ces, elles ne sont pas multipolaires; elles ne sont pas non plus plus volumineuses que celles du noyau ventral postérieur; 4° les cas pathologiques montrent la réalité de cette assertion car chez un malade où l'on trouve une dégénérescence des nerfs de la troisième et de la quatrième paire, le noyau ventral postérieur et ce qui reste du noyau de la troisième paire sont atrophiés, le noyau de Westphal reste normal.

DISCUSSION. M. SIEMERLING. — Ce ne sont pas les coupes en séries qui peuvent dénier avec certitude l'origine du pathétique au noyau principal de Westphal. C'est à l'expérimentation qu'appartient le dernier mot. Et l'anatomie pathologique n'est-ce donc rien ? Or, il est établi qu'alors que tous les autres noyaux qui commandent aux muscles sont lésés, seul le noyau principal du pathétique reste intact et qu'alors les branches intra-médullaires et périphériques de ce nerf sont altérées. Le noyau principal à petites cellules de Westphal n'a rien à faire avec le pathétique. Mais les altérations anatomiques dans les cas pathologiques n'excluent pas jusqu'ici les relations de ce noyau avec le pathétique.

M. KRASKE présente deux malades atteints de *lésions intra-craniennes qui ont nécessité l'intervention opératoire*. La première observation a trait à un homme de trente-deux ans qui après avoir reçu un léger coup au niveau de la région auriculaire du côté gauche, sans lésions apparentes, fut six semaines plus tard, pris de céphalalgies, vomissements répétés, bourdonnements d'oreilles, vertiges. Il oscille, titube en marchant. Absence d'ataxie et de troubles de la sensibilité. Pas de syphilis antérieure. La percussion de l'occiput exagère la céphalalgie et les vertiges. Résultat nul du traitement spécifique. La marche devient si mauvaise que le malade ne peut faire deux pas sans tomber à droite où à gauche mais surtout à droite. Il peut assez bien marcher avec une canne ou un léger appui. Les céphalalgies finissent par se localiser, se cantonner à la région frontale droite, où l'on trouve une zone du volume d'une pièce de cinq francs, excessivement sensible à la pression et à la percussion. Vomituritíon. Intégrité des pupilles et du fond de l'œil. Rien du côté du pouls ni de la température. Aucun autre trouble morbide. Si au début on avait pu croire à une altération cérébelleuse, aujourd'hui il est évident (il y a un an que l'on observe le malade) qu'il s'agit du lobe frontal droit et qu'on est en présence d'une ataxie frontale. Rien ne permet de conclure à l'existence d'un abcès, tout porte à croire qu'une tumeur est sous roche. La papille étranglée manque parce que la tumeur est cérébrale et que son volume est minime ou moyen. Elle se développe lentement et par suite est bénigne. Tout procédé thérapeutique ayant échoué, il nous reste à faire appel à la chirurgie. L'ouverture du crâne révèle une hyperostose très marquée; la consistance

du cerveau est très diminuée, les méninges molles présentent simplement une coloration brunâtre diffuse comparable à l'imbibition cadavérique, congestion assez vive des vaisseaux; il n'y a point de tumeur, ni d'abcès. Le malade guérit complètement et sans récidive. L'orateur croit que l'hyperostose crânienne, en diminuant la capacité intérieure du crâne, avait provoqué les accidents cérébraux. Mais quant à la nature de l'hyperostose, il est impossible de se prononcer. La seconde observation concerne un jeune garçon de dix ans qui sept semaines après la résection amygdalienne change de caractère, devient indolent, perd l'appétit, a de fréquentes envies de vomir et vomit quelquefois. Il avait une otite moyenne gauche déjà ancienne; celle-ci s'est aggravée. Sommeil pénible. Tout à coup, phénomènes convulsifs commençant par le facial droit et s'étendant au membre supérieur droit; ils respectent la jambe, puis survient une perte complète de connaissance, respiration stertoreuse et irrégulière, irrégularité avec accélération du pouls. L'attaque dure à peu près deux heures; à ce moment le pouls est de 100, la température de 38°,7, sueur abondante. Pas de papille étranglée. Revenu à lui, le malade est atteint d'aphasie amnésique pendant plusieurs jours. Quatre jours après, le garçon ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent, pouls fréquent (102) et irrégulier, nouvelles attaques convulsives suivant la même marche et descendant cette fois dans la jambe, toujours à droite; perte totale de connaissance, gâtisme. Puis, le pouls devient lent (60); cette attaque dure trois quarts d'heure, le patient revient à lui et présente, de nouveau, une aphasie amnésique qui dure trois jours. L'ensemble de ces phénomènes, rapprochés de l'existence antérieure d'une otite moyenne, impose l'idée presque certaine d'un abcès du cerveau, occupant le lobe temporal gauche ou, plus exactement, la partie antérieure de celui-ci, près de la région motrice. On ouvre le crâne à 3 centimètres et demi au-dessus du conduit auditif externe, on y pratique une ouverture grosse comme une pièce de un franc. On ponctionne la première temporale à l'aide d'un étroit scalpel à 2 centimètres de profondeur, en deux endroits, le pus s'échappe. On place un drain, deux cuillerées à café de pus s'écoulent. Guérison complète qui s'est maintenue; il y a aujourd'hui quinze mois qu'on est intervenu.

M. Laquer. *Des phénomènes cérébraux qui accompagnent les violents accès douloureux.* — Il s'agit de trois cas de névralgie de la cinquième paire avec troubles passagers de l'activité cérébrale. Le premier cas concerne un homme de cinquante-quatre ans indemne de syphilis et d'alcoolisme chez lequel, à chaque accès (atteinte du nerf sus-orbitaire droit), il se produit un délire plus ou moins long avec hallucinations lui rappelant sa profession, et délire mégalomaniaque incohérent. Voilà quatorze jours que dure la maladie qui s'est progressivement aggravée. En dehors de ces accès, il est abattu,

sans appétit, un peu somnolent, mais ne présente pas de trouble intellectuel; sommeil agité. Aucun signe d'urémie, de lésion physique du cerveau, de fièvre intermittente, de fièvre typhoïde. Tel est le complexus symptomatique qui, après huit semaines de durée, disparaît complètement. La guérison s'est affirmée depuis tantôt six ans.

L'histoire est la même pour une dame de vingt ans, indemne d'hystérie, d'hémicranie, de migraine. La prosopalgie a duré quatorze jours en s'accompagnant de délire à la suite des accès. Chez un homme de vingt-huit ans, fort surmené par le travail (c'était un négociant), indemne de syphilis, il y avait aphasie, hémiparesthésie faciale et du bras du côté droit, consécutivement à une névralgie sus-orbitaire gauche ; l'aphasie et l'hémiparesthésie duraient plusieurs heures. Trois semaines plus tard tout avait disparu. Tous ces exemples témoignent donc de troubles purement fonctionnels, consécutifs à l'irritation des nerfs sensibles.

M. Smidt *Diathèse urique et névroses.* — L'étude attentive de 24 malades, neurasthéniques ou hystériques, soumis à la méthode Pfeiffer (détermination de l'acide urique libre) ne permet pas de conclure parce que ce procédé est inapte à la détermination de la diathèse urique. En tout cas sur ces 24 malades, 6 excrétaient des quantités considérables d'acide urique; chez tous, il y avait épuisement psychique très net. Il faut reprendre la recherche à l'aide de méthodes plus exactes voire avec celle d'Arthaud et Butte (*Progrès médical*, n° 36, 1893) et collecter des faits d'altérations psychiques ou nerveuses chez des arthritiques.

M. Schultze communique une observation de *dermato-myosite chronique chez un enfant* (voir *Zeitsch. f. Nervenheilk.*).

M. Schultze passe en revue quelques nouveaux travaux sur la *poliomyélite aiguë ;* pour, lui il s'agit d'une inflammation vasculaire vraie de la substance grise et non d'une dégénérescence aiguë des cellules des cornes antérieures. Les symptômes corroborent cette manière de voir, d'abord la brusquerie de la fièvre qui commence la maladie et qui cesse rapidement, puis l'analogie avec l'encéphalite et avec cette surdi-mutité spéciale des enfants à la suite d'une méningite apparente. On a d'ailleurs trouvé des foyers d'encéphalite à côté de foyers spinaux. M. Schultze a lui-même vu un cas de poliomyélite associée à la mutité qui, suivant toute proba. bilité, devait être rapportée à de la surdité sans cause périphérique. Des planches sont présentées à l'appui de ces développements (*Archiv. Psychiat.*, t. XXVI, 2.) P. Keraval.

Séance du 3 juin 1894. — Présidence de M. Struempell.

M. E. Hecker. — *Observation d'empoisonnement par le trional.* — L'empoisonnement s'est produit au bout de trente-six jours pen

dant lesquels on a donné chaque soir 1 gramme et demi. Rapidement se montrèrent des symptômes donnant l'illusion complète d'une démence paralytique au début; démarche incertaine et titubante, désorientation (le malade ne trouve plus sa chambre), perte de la mémoire, confusion mentale, désordre dans les idées, embarras de la parole et troubles de l'écriture comme ceux des paralytiques, impossibilité de calculer. Conscience parfaite de ces accidents qui augmente la dépression légère pour laquelle, à cause de l'insomnie concomitante, on avait prescrit du trional. Démangeaisons quasi-douloureuses à la peau. L'urine ne présente pas la coloration de l'hématoporphyrine. On supprime le médicament; graduellement en trois semaines, ces symptômes inquiétants disparaissent; ceux qui persistèrent le plus longtemps furent l'incertitude des jambes et l'incapacité de marcher.

M. Krœpelin appelle l'attention sur les malades atteints de la plus *extrême confusion mentale en parlant* (*Verwirrtheit im Reden*) avec parfaite conservation de l'idéogenèse. C'est un groupe tout particulier. M. Otto en a publié un très bel exemple. Leur parole reste cohérente en la forme et courante, mais les propositions sont à peine intelligibles et raisonnables. Soit qu'ils parlent, soit qu'ils lisent, ils associent toute une pléiade de mots qui ne constituent aucun sens, c'est la salade de mots de Forel. La proposition peut demeurer passablement construite mais on y trouve fréquemment des anacoluthes, des chevilles et des énumérations n'ayant aucune raison d'être, des nombres entremêlés. Un luxe de génitifs dépendant les uns des autres, des chaînes de verbes auxiliaires, indiquent une certaine tendance à ajuster des mots pour le rythme et ce besoin de rythmer se traduit parfois en des vers à peu près incompréhensibles. Il est souvent impossible d'y reconnaître un texte saisissable; quelques allusions, l'accumulation d'idées et tournures qui se rapprochent les unes des autres, vous laissent l'impression que le mécanisme des conceptions jette encore une certaine lueur sur laquelle les malades se guident pour n'arriver qu'à leur verbiage spécial. Leurs discours sont parsemés, d'une façon intermittente ou continue, de certaines locutions favorites qui ne correspondent pas à l'expression de certaines idées précises, mais arrivent à s'entremêler dans les phrases en vertu d'une habitude. Ils fourmillent également, et c'est le caractère le plus frappant de cette confusion verbale, de *néologismes* qui rarement s'appuient sur des mots courants; ils revêtent presque toujours la forme de mots étrangers sonores. Ces malades ne vous expriment ou n'ont pas l'intention de vous exprimer des idées précises et solides; ce n'est qu'un cliquetis de mots insensés, tout à fait arbitraire, qui s'échappent au hasard et se créent à tout instant. On retrouve les mêmes caractères dans l'écriture et le dessin de ces malheureux.

Il n'y a pas chez eux de troubles de la conception proprement

dite. Ils tendent à faire passer immédiatement dans l'expression du discours les impressions qui se présentent et au fur et à mesure qu'elles arrivent. Il est impossible de trouver d'idées délirantes revêtant une forme saisissable. Ils seraient plutôt gais et contents d'eux, excitables, et de temps à autre peuvent devenir violents et agités. Il est très fréquent qu'ils aient de l'excitation sexuelle (masturbation, obscénités). Parlant beaucoup et volontiers, ils éprouvent un certain plaisir à discourir longtemps, ils dictent ou écrivent des dissertations et se servent d'un langage choisi qui n'a rien du patois, et d'expressions pompeuses. Leur conduite est convenable à l'asile ; travailleurs utilisables, laborieux et sérieux, ils sont mêmes capables d'exécuter avec précision des ordres tout à fait compliqués; et cependant il n'est pas rare de les voir empruntés et cérémonieux commettre quelques originalités.

En tout cas, cette *dissociation dans le discours* ne correspond point à la confuston mentale vraie, au désordre des actes et des idées. Elle tient en partie à un relâchement des réseaux d'association qui normalement unissent intimement le texte de la conception, de l'idée, et les rouages d'expression des idées par la parole. Il y a un mélange de fautes grammaticales (agrammatisme) et de paraphasie, dont les éléments, par une analyse attentive, se retrouvent exactement dans les discours que l'on tient en rêve.

Les quelques observations à peu près complètes que l'on a recueillies jusqu'ici permettent de spécifier qu'en pareil cas on a affaire à une affection subaiguë du jeune âge se traduisant au début par de la dépression, des idées vagues de persécution, et plus tard par des idées de grandeur incohérentes, absurdes, avec agitation. Peu de temps après, les idées délirantes rétrocèdent et c'est alors qu'apparaît cet affaiblissement intellectuel avec confusion extrême de la parole pouvant demeurer tel quel pendant plusieurs lustres. Il est plus que probable que c'est là une forme particulière des processus dégénératifs qui conduisent rapidement à la démence, dont on nous a tracé d'autres tableaux sous les noms d'hébéphrénie (Hecker), catatonie (Kahlbaum), démence précoce, etc.

M. ASCHAFFENBURG. *La volée des idées* (*Ideenflucht*). — Communément en usage, cette expression indique que le mécanisme correspondant à l'émission des idées, à leur fabrication et à leur circulation, est accéléré. Ce n'est pas exact. L'*Ideenflucht* secondaire de Ziehen, dans laquelle des malades, à la suite d'hallucinations accumulées et rapidement passagères, auraient une accélération de l'idéation, penseraient et parleraient avec rapidité, est cliniquement insoutenable; en effet, les hallucinations sensorielles se produisent dans notre cerveau, par conséquent elles doivent être tenues pour un phénomène partiel de tout le complexus pathologique. Si vous prenez des individus normaux et que vous leur fassiez noter cent associations d'idées successives telles qu'elles se présentent chez

eux, vous voyez d'abord assez souvent les transitions qui ménagent le passage d'un cercle d'idées à un autre, mais le plus généralement le thème change rapidement. Bien des bonds de l'idéogénèse ont pour cause des associations d'idées indirectes et paraphasiques; celles-ci n'ont lieu qu'à la suite de la fatigue, chez les alcooliques et les maniaques. Ce qui distingue la pensée parlée de la pensée écrite sans choix, au hasard du décours de l'idéogénèse, c'est que, dans le premier cas, nous sommes capables de supprimer les associations d'idées sans rapport avec le sujet que nous traitons. Si l'excitomotricité que nous observons dans la logorrhée et les gesticulations, pousse invinciblement un malade à émettre et articuler instantanément toutes les pensées qui lui viennent, nous sommes en présence de la forme la plus légère de l'*Ideenflucht*. C'est parce qu'il y a instantanéité de la réaction verbale, qu'il y a pénétration continue des excitations extérieures; elle tient, non pas comme le veut Ziehen, à une exagération de l'attention (hyperprosexie) mais au contraire à une diminution de l'attention.

Tous les malades qui sont le terrain de la volée des idées tendent à répéter les mêmes idées; ils associent les mots entre eux, souvent par assonance phonétique pure. Or, ces symptômes, on les retrouve chez les individus en proie à la fatigue et chez les alcooliques. Krœpelin a constaté qu'à l'égard de ces derniers, la volée des idées, artificielle, est associée à une diminution du travail intellectuel, à un ralentissement du temps nécessaire pour les associations d'idées, tandis qu'en même temps il y a excito-motricité. Dans la folie par épuisement, c'est purement et simplement à la fatigue maxima que l'on a affaire. La manie est également, sans réserves, comparable à la fatigue expérimentale. Chez les maniaques, il y a 19 p. 100 d'associations phonétiques et par assonance, tandis qu'à l'état normal, il n'y en a que 5 p. 100. Les mêmes mots se répètent jusqu'à dix-neuf fois sur 100 chez les premiers, tandis que la répétition n'est que de six fois à l'état normal, dans les pires conditions du travail intellectuel.

Conclusions. — L'*Ideenflucht* a pour caractères : 1° la prééminence du travail intellectuel moteur ; 2° une modification du jeu des phénomènes d'association qui se manifeste par l'accumulation de conceptions représentatives des mouvements de la parole (association de rimes et phonèmes), et la monotypie plus marquée ; 3° il n'y a pas d'accélération du jeu des phénomènes d'association ; elle est aussi improbable que l'augmentation de l'effet utile du travail intellectuel.

M. H. Dehio. *De certaines formes de folie périodique.* — Il existe des folies périodiques procédant par de la stupeur. Jusqu'ici la stupeur n'a été considérée que comme le symptôme d'une phase dépressive. Or, la stupeur peut prendre place à côté de la manie

et présenter des modifications du tableau ordinaire de la stupeur. En quelques cas, il y a catatonie; en d'autres, point.

Dans les premiers cas, la stupeur était accompagnée de symptômes physiques considérables, tels que rapide diminution du poids de l'individu, cyanose, refroidissement des extrémités. Il y a des cas dans lesquels, la maladie ayant revêtu le type circulaire, la stupeur a remplacé la manie dont elle doit être considérée comme l'équivalent; la *stupeur est donc ici un équivalent maniaque.* Alors, avec des symptômes d'arrêt du système moteur, on constate quelques éléments de la manie en combinaison variable avec les premiers; telles la volée des idées, l'expansion, l'impulsion à détruire, des violences impulsives. Le remplacement de la manie par la stupeur distingue ces faits de ceux de la stupeur circulaire de Schuele. Appelons-les stupeur maniaque.

M. Hoche. *Atrophie musculaire dégénérative dans la paralysie progressive.* — Il s'agit de deux hommes chez lesquels il n'y avait point encore de stade cachectique; il se produisit une atrophie irrégulière au niveau des éminences thénar et hypothénar et des interosseux avec réaction dégénérative complète; absence du phénomène du genou. Un des malades étant mort subitement, l'examen microscopique révéla une lésion des cordons postérieurs, sans atteinte des cornes antérieures; intégrité des nerfs de l'avant-bras; atrophie dégénérative des muscles affectés. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas d'identité entre le tabes et la paralysie générale, car la lésion des cordons latéraux est secondaire et ne dépend point du tout des altérations cérébrales. Sans doute le tabes et la paralysie générale (abstraction faite de l'étiologie connue de la syphilis) ont un point commun, c'est l'atrophie primitive des éléments nerveux, mais cette communauté anatomique et la fréquente coïncidence du tabes et de la paralysie ne suffisent pas pour identifier les deux maladies. En ce qui concerne la paralysie générale, il y a une autonomie locale du processus anatomo-pathologique dans certains segments du système nerveux central et peut-être dans les organes périphériques. (Voy. *Neurolog. Centralb.*)

M. Brandis. — M. Morton a imaginé une méthode par laquelle la machine électrique statique puisse faire pénétrer dans le corps, comme les machines faradiques et galvaniques, son courant au moyen d'électrodes, et cela aussi profondément que toute autre forme d'électrtcité; naturellement, on peut aussi la localiser exactement. On a aussi un *courant de Franklin interrompu.*

Il aurait une action très supérieure à celles des autres formes d'électricité, parce qu'en raison de l'énorme tension qu'il a, on lui imprime de très rapides oscillations et qu'on produit ainsi des réactions beaucoup plus considérables. Pour transformer une décharge d'étincelles en courant interrompu, M. Morton a imaginé

une électrode. Un conducteur déplaçable introduit dans le circuit produit des interruptions et modifie les longueurs des étincelles, de sorte que le courant sort de l'électrode, comme lorsqu'on emploie l'électricité dynamique, et s'introduit dans le corps, et, par suite, l'étincelle ne représente pas l'élément caractéristique de l'application. Pour majorer l'effet obtenu, on place dans la main du patient une sphère métallique qui commuunique avec un câble relié au pôle négatif.

Voici maintenant deux malades qui ont été traités par le courant de Morton. Le premier est un homme de trente-huit ans, non syphilitique, atteint de tabes dorsal. Il fut soumis à la franklinisation pendant six semaines et prit des bains de sel tièdes. Le résultat fut extrêmement heureux; les réflexes patellaires reparurent bien qu'encore faibles notamment à droite, les troubles de la sensibilité cédèrent, l'amélioration fut manifeste. Ceci se passait à la fin de l'été. L'hiver fut assez bon, mais le malade ne put travailler. En février revinrent de violentes douleurs dans les jambes et le dos ainsi qu'une extraordinaire faiblesse des membres inférieurs. Pendant six semaines il subit deux fois par jour le courant de Morton. Réapparition des réflexes patellaires, de la réaction pupillaire, disparition des douleurs et paresthésies, le malade peut marcher trois heures sans fatigue. — L'autre sujet est atteint de sclérose en foyer, incapable de marcher (paralysie des jambes), de couper son pain, de boutonner son pardessus, d'écrire, il est redevenu valide après sept mois du même traitement : il marche quelque temps sans trop de fatigue ; un sentiment de tension et de compression comparable à une calotte qu'il éprouvait s'est trouvé bien diminué, de même que des douleurs de tête. Il y a donc lieu de continuer les essais de traitement avec le courant de Morton.

M. Becker. *Présentation de malade.* — 1° *Acromégalie* : Femme de cinquante-neuf ans, volume exagéré du nez, du maxillaire inférieur, des doigts, la peau est également atteinte ; saillie prononcée de la seconde côte de chaque côté, en avant. Hypertrophie modérée du lobe droit de la glande thyroïde ; tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires. La maladie a débuté à l'âge de vingt-sept ans.

De seize à vingt-trois ans, chlorose. Elle progresse actuellement, la santé générale est très compromise ainsi que les fonctions organiques : aménorrhée de trente et un à trente-six ans. Ménopause à quarante-cinq ans. Les parents n'ont présenté aucune anomalie de formation, aucune maladie nerveuse. — 2° *Syringomyélie* (gliose centrale). Femme de cinquante et un ans, atteinte à dix-sept ans de paresthésie de la main droite ; peu après, jusque dans ces derniers temps, panaris répétés des deux mains. La main droite a perdu de sa force depuis l'âge de trente-trois ans. On constate actuellement :

— atrophie des muscles du bras droit (type Duchenne-Aran) et moindre de la jambe — diminution simple de l'excitabilité électrique — zones d'analgésie et de dysesthésie thermique avec retard des impressions tactiles — tactilité généralement bonne — signe de Romberg — réflexe plantaire, tantôt absent, tantôt très faible — réflexe patellaire à gauche normal, à droite exagéré — réflexe du tendon d'Achille à gauche normal, à droite clonique — fréquents battements de cœur, tachycardie, soupir (néphrite scléreuse probable) — scoliose cervicale à convexité à droite, constipation, poussées de sueur sur le côté droit; rétention et incontinence d'urine. — 3° *Myxœdème au début*. Femme de trente-quatre ans ayant été regardée dans sa jeunesse comme une demi-crétine, sans qu'il y eût un arrêt de développement intellectuel ; il y a eu de ces dégénérés dans la famille ainsi que des malformations. Depuis 1890, époque à laquelle elle a eu une atteinte d'influenza, elle s'est épaissie, se plaignant continuellement de fatigue et d'une sensation de froid, de douleurs dans le dos et les bras ; par moments elle enfle surtout quand elle a fatigué des bras ; pleurniche de temps à autre parce qu'elle souffre. Le visage est bouffi sans être œdémateux, la bouche ne peut être que peu ouverte, les gencives sont tuméfiées, les dents branlent. Température de 36°,2 à 36°,4. On ne sent pas la thyroïde. Mouvements lents. Menstruation minime. — 4° *Tétanie*. Jeune homme de vingt-quatre ans, cigarrier, est atteint depuis l'âge de seize ans, auquel il commença ce métier, des contractures en question avec phénomène de Trousseau, etc., ne survenant guère qu'en hiver. Il eut il y a trois ans une attaque d'épilepsie. On constate une modification de l'excitabilité mécanique des muscles qui rappelle à la fois la réaction myotonique, à la fois le phénomène de Rumpf, c'est une contraction longue suivie de convulsions et vibrations persistantes. Il y a quatre ans cet ensemble extramoteur se voyait fort bien dans les deltoïdes et les pectoraux. On n'a pu découvrir en l'espèce d'éléments infectieux et toxiques en dehors de la profession. Notons que l'individu est un crétineux, on pourrait donc penser à une anomalie fonctionnelle de la glande thyroïde.

M. Struempell montre une série de préparations microscopiques témoignant d'une *dégénérescence primitive des deux pyramides et de leurs systèmes*.

Depuis la moelle lombaire jusqu'à la capsule interne. Le malade dont proviennent ces pièces avait présenté une *paralysie spasmodique* occupant tous les muscles du corps, à certaines périodes de la vie (voy. *Deustche Zeitschrift f. Nervenheilk*, t. V, 2 et 3). — Le même orateur présente des photographies et préparations anatomiques d'un malade affecté d'*acromégalie typique* avec *diabète sucré* très marqué. A l'*autopsie, on rencontra une tumeur du corps pituitaire*. C'est un sarcome malin ayant proliféré sur les os voisins et ayant en-

traîné l'atrophie des nerfs optiques. Quant à l'anatomie pathologique de l'acromégalie, on a trouvé une hyperplasie pure des os sans trace aucune de phénomènes inflammatoires. — M. Struempell décrit enfin un exemple de *paralysie bulbaire sans lésions anatomiques*. La jeune fille en question avait une blépharoptose, avec parésie faciale et faiblesse des masticateurs. Fatigue rapide des muscles du corps. Quand elle lisait un vers, elle prononçait très nettement les deux ou trois premières lignes, puis la parole devenait lente, elle bredouillait, et devenait tout à fait inintelligible. Elle montait fort bien pour la première fois un petit escalier, mais la seconde fois il lui fallait se tenir à la rampe ; la troisième fois l'ascension lui était complètement impossible. Chaque jour elle éprouvait des accès de troubles bulbaires graves, impossibilité de déglutir, la langue se renversait en arrière, etc. C'est dans un de ces accès qu'elle mourut. Puisqu'il n'y a pas de lésions, il s'agit, en pareils cas, d'une forme morbide toute particulière, d'une *paralysie bulbaire asthénique*.

M. Weil. *De la simulation de troubles vésicaux*. — Un jeune soldat de vingt et un ans prétend qu'à la suite d'un saut qu'il a fait d'un mur pendant un exercice militaire, il éprouve des épreintes vésicales douloureuses, le forçant d'uriner tous les cinq minutes et qu'en dehors des accès l'urine s'echappe goutte à goutte malgré lui. C'est ce que l'on constate en effet mais sans autre trouble matériel ou fonctionnel.

Le jeune homme parvient à arrêter, à son gré, les contractions du sphincter vésical externe ; par cet expédient, l'urine qui demeure dans l'urèthre après l'évacuation de la vessie n'est pas expulsée mais s'écoule lentement en gouttes. (Voy. *Berlin. klin. Wochenschrift.*)

M. H. Reinhold. *Protocole d'autopsie et étude critique de l'observation d'affection spinale chronique présentée au Congrès par Bœumler le 7 juin 1890*[1]. Il s'agissait, on se le rappelle, d'un boulanger de quarante-quatre ans, ayant subi à l'âge de quinze ans un traumatisme grave. A la suite de l'accident, il demeure alité pendant neuf mois, paralysé des quatre extrémités, il faut qu'on l'alimente pendant un an à cause de son infirmité. Il finit par se rétablir mais conserve une certaine faiblesse dans les jambes et le tronc. A partir de 1878, il présente des troubles moteurs intenses et des douleurs sacrées. En 1890 on constate : une parésie spasmodique des bras et des jambes avec exagération considérable des réflexes profonds — une légère ataxie de la jambe gauche — de l'anesthésie du sens musculaire, du tact, du sens thermique dans les extrémités supérieures, avec très faible diminution de la sensibilité douloureuse.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XVe Congrès.

Signe de Brach et Romberg — parésie faible des bras, mais incoordination de tous les mouvements des bras, incordination associée à des troubles spasmodiques, ces mouvements n'étant au surplus, incertains que lorsqu'ils exigent le contrôle des sens spéciaux — intégrité des jeux de la physionomie — léger trouble de la vessie et du rectum.

Il fut impossible de poser un diagnostic. Il mourut le 19 décembre 1892 dans le même état; pendant les derniers jours qui précédèrent sa mort subite, il se promenait encore. L'*autopsie* révéla une association de syringomyélie et de lésion combinée des cordons de la moelle semblable à celle qu'a décrite Strumpell. Il existe une abondance de pigment, du coagulum sanguin ancien dans les parois des cavités, et dans les parties éloignées de la moelle jusque dans la moelle lombaire; ceci doit être en rapport avec le traumatisme. Il y a lieu de rattacher la parésie spasmodique des extrémités à la lésion des faisceaux pyramidaux; l'intégrité des zones d'entrée radiculaires, notamment dans la moelle lombaire, explique pourquoi la lésion simultanée des cordons postérieurs n'empêchait point l'exagération des réflexes tendineux de se produire. La syringomyélie a été le facteur des troubles très accentués de la sensibilité, mais on ne saurait dire la part qui revient dans l'espèce à l'altération de la substance grise, et à l'interruption des faisceaux conducteurs. C'est à la lésion des cordons postérieurs qu'il faut avant tout faire remonter les troubles du tact et du sens musculaire. Il y a lieu d'admettre que le traumatisme a été le premier facteur et de la formation des cavités (syringomyélie) et de la dégénérescence des cordons de l'organe.

M. Nissl. *Sur une nouvelle méthode de recherches appliquée à l'organe central notamment dans le but de déterminer la localisation des cellules nerveuses.* — Voici en quoi consiste cette méthode. Sur un animal adulte ou à peu près, on enlève les centres ou on sectionne les tractus dont on veut trouver les cellules nerveuses auxquelles ils commandent. On sacrifie l'animal huit ou quinze jours après l'expérimentation. Immédiatement on durcit l'organe dans l'alcool et on colore les coupes d'après la méthode de Nissl, au bleu de méthylène. Si l'on a opéré dans des conditions parfaites d'asepsie, si l'on a interrompu complètement les connexions organiques, si l'on a assuré cette interruption, voici les conditions générales dans lesquelles on rentre.

1° Si l'on supprime les liens qui unissent les cellules nerveuses avec leur organe terminal, qu'il s'agisse d'une cellule musculaire ou d'une cellule épithéliale sensorielle, il se produit une altération rétrograde de ces cellules nerveuses; 2° quand, dans l'organe central, on enlève un centre, les cellules nerveuses du centre voisin et qui en dépend directement subissent une altération régressive qui, dans les

premières semaines, ne va pas au delà du centre voisin. Peu importe que l'on enlève le centre ou qu'on coupe les trousseaux unissant les deux centres; 3° la rétrogression suit une marche variable suivant le type des cellules nerveuses. Mais on peut dire, en général, que l'altération se traduit d'abord par une tuméfaction du protoplasma de la cellule; la substance colorable du corps cellulaire se transforme en une masse grenue particulière. Si l'on sait bien colorer les cellules nerveuses, toutes les altérations peuvent être facilement reconnues dans les huit à quinze jours qui suivent l'intervention expérimentale; 4° l'organe central obéit à la loi suivante: au moment où les cellules nerveuses sont directement atteintes par l'agent nocif, et subissent une altération régressive, les cellules de la névroglie qui les environnent sont également prises par une altération progressive. C'est à Weigert que revient le mérite d'avoir reconnu cette loi. Peu importe l'agent nocif; quelle que soit l'influence nuisible dont l'action soit limitée aux cellules nerveuses et aux fibres nerveuses, toujours les cellules voisines de la névroglie réagissent, leur protoplasma devient séreux, il s'étale, alors que jusqu'ici il n'était pas colorable, il prend part à la coloration, enfin, et c'est le maximum de développement des phénomènes progressifs, les cellules névrogliques prolifèrent par le procédé de la karyokinèse. Tels sont les faits utilisables à la condition qu'on utilise la méthode de coloration de Nissl qui permet de reconnaître aussitôt et sûrement les régressions cellulaires. Toutefois, quand la cellule a un long chemin à parcourir pour arriver au point lésé par l'opérateur, l'époque à laquelle se manifeste sa régression peut varier. Le chercheur éprouve aussi de très grandes difficultés quand les cellules nerveuses qui dépendent du foyer de la destruction sont disséminées dans les tissus et non groupées, non rassemblées. Il faut, pour en venir à bout, suivre pas à pas la technique, connaître exactement toutes les formes de cellules, leurs altérations, et les causes d'erreur possibles, afin de se préserver de conclusions fausses. Puis il faut savoir que la névroglie présente divers degrés de réaction. Prenons par exemple les noyaux de la couche optique dont les cellules s'altèrent, régressent, quand on détruit l'écorce; en pareils cas, les unes sont le siège d'une prolifération relativement minime de la névroglie, chez les autres, dès le huitième jour, il y a une telle prolifération qu'on voit à l'œil nu quel est le noyau qui dépend de telle région corticale. Quant à d'autres points encore obscurs dans l'étude des cellules nerveuses, telle la chromophilie, il faut se montrer prudent et faire preuve d'un grand sens critique, comme, du reste, dans les autres méthodes d'anatomie cérébrale.

M. Nissl fait passer des préparations propres à démontrer l'efficacité de la nouvelle méthode. Une série de coupes montrent d'une façon extrêmement nette que les cellules nerveuses de la couche

optique dépendent de l'écorce cérébrale; elles confirment l'exactitude des descriptions qu'il a faites sur bien des noyaux de la couche optique. Voici une autre série qui présente les altérations régressives des cellules nerveuses motrices du noyau du facial à leurs différents stades. Une troisième catégorie localise les cellules nerveuses de nerfs mixtes dans la moelle. On avait préalablement interrompu les connexions du médian, du radial, du cubital, ou simplement celles de quelques cellules. Ces préparations permettent de préciser le lieu des cellules motrices, mais celui aussi des cellules des ganglions spinaux, ainsi que d'une catégorie de cellules nerveuses rétiformes ou de tout autre structure dont l'interprétation physiologique était obscure, ainsi que les relations régionales de ces organes. De même que les cellules nerveuses de la substance gélatineuse de Rolando se rattachent aux fibres sensibles des nerfs mixtes, de même les fibres sensitives s'entrecroisent de telle sorte qu'une partie de leurs cellules subissent une altération dans la corne postérieure du même côté, en même temps qu'une autre partie des cellules sont en régression dans la corne postérieure du côté opposé. Pareilles particularités se voient pour les grandes cellules nerveuses à structure rétiforme, tandis que les cellules nerveuses motrices subissent toujours une altération du même côté. L'orateur présente une collection de planches fixant la structure différente de chaque type de cellules nerveuses.

M. Sommer. *Quelques résultats de la méthode d'examen du phénomène du genou par le procédé de mise en équilibre de la jambe.* — Nous renvoyons à l'analyse de son mémoire dans les *Archives de Neurologie.* (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI. 2.) P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

XVII. *Les grands aliénistes français*, par le Dr René Semelaigne. G. Steinheil, éditeur.

Des médecins aliénistes qui, nés à la fin du xviiie siècle ou au commencement du xixe, de ceux qui, disciples de Pinel ou de son élève Esquirol, peuvent être, malgré quelque différence d'âge, considérés comme des contemporains, il n'en restait plus qu'un : le vénérable M. Calmeil qui vient de disparaître. Ce qu'on peut appeler la première génération des aliénistes français appartient maintenant à l'histoire. Si la mémoire de beaucoup d'entre eux,

disparus d'hier, est encore vivante, la figure de quelques-uns, enlevés plus tôt, s'efface déjà dans les ombres du passé. Bientôt, car ceux qui ont connu cette première génération ne sont déjà plus jeunes, bientôt il ne restera des plus célèbres que le nom et l'œuvre. C'est beaucoup, ce n'est pas assez; il ne faudrait pas que l'homme et sa physionomie, s'éclipsent entièrement. Il y a, semble-t-il, quelque ingratitude à profiter des travaux de nos devanciers sans s'intéresser à leur personnalité, à recueillir leur héritage en laissant périr leur image. On n'envoie pas aux oubliettes du brocanteur le portrait de celui qui vous lègue une fortune. Mais encore faut-il que ce portrait existe, qu'il ait été fait à une époque où des témoins dignes de foi en puissent garantir la ressemblance. Aujourd'hui il est temps encore de reconstituer les traits des aliénistes des premiers jours; dans quelques années, il eût été trop tard. Pour accomplir cette œuvre pieuse, le Dr René Semelaigne est venu à l'heure propice et se trouvait dans les circonstances les plus favorables.

Dans la galerie des portraits d'ancêtres qu'il a entrepris de peindre, la première place et la meilleure revenait naturellement au grand Pinel, au fondateur de la médecine en France, au libérateur des aliénés. La justice ne l'eût-elle pas exigé que le Dr R. Semelaigne eût été excusable d'accorder cette place d'honneur à son grand oncle, au chef illustre de la famille d'aliénistes à laquelle il appartient. Mais ici l'équité se trouvait d'accord avec le respect des aïeux et l'auteur a pu se laisser guider dans l'expression de son admiration par le sentiment le plus respectable sans avoir à craindre de blesser la vérité. Il a su profiter de cette heureuse circonstance pour faire revivre l'homme et le médecin.

Après Pinel, vient son élève et son successeur, Esquirol, dont la carrière aux débuts n'est pas sans offrir, par une coïncidence singulière, certains points de ressemblance avec celle de son maître. Puis suivent par ordre chronologique, les biographies de Ferrus, de Falret, de Voisin et de Georget. Dans chacune d'elles, on rencontre avec plaisir et en abondance ces détails particuliers, ces petits faits caractéristiques qui font connaître l'homme et permettent de reconstituer son individualité, sa physionomie propre. Là est surtout le principal attrait du livre du Dr Semelaigne. Ce n'est pas qu'il ait négligé le côté scientifique que comportait nécessairement un pareil ouvrage. Les travaux des uns et des autres, y sont énumérés avec une érudition sûre, leurs doctrines analysées avec fidélité, leur action bienfaisante appréciée à sa juste valeur, et les progrès que leur doit la science mentale indiquée avec précision, dans un style toujours clair et agréable. Cela, toutefois, un autre aurait pu le faire, non pas mieux, mais aussi bien que le Dr R. Semelaigne. Mais ce que d'heureuses circonstances le mettaient plus que personne à même de tenter, c'était, sans oublier les œuvres, de faire

revivre les hommes, de vous montrer ce qu'il y avait d'original et de typique dans leur figure morale. Et il y a pleinement réussi.

Le soin matériel apporté à la publication de cet ouvrage suggère seulement un léger regret. A côté des belles gravures qui ornent ce volume et reproduisent les traits des premiers aliénistes, on aurait voulu trouver un fac-similé de leur écriture. C'est une bien minime lacune, peut-être difficile, peut-être impossible à combler; et l'on trouvera sans doute que nous sommes difficiles à contenter. Notre excuse, c'est qu'il y a des livres dont les mérites rendent exigeants.

E. Teinturier.

NÉCROLOGIE.

Le doyen des aliénistes français, M. le Dr Calmeil, dont notre ami le Dr Bihorel a publié la biographie complète dans le numéro de janvier des *Archives de Neurologie*, est mort le 11 mars, à Fontenay-sous-Bois, dans sa quatre-vingt-dix-septième année. En lui, la neurologie et la psychiatrie perdent l'un de leurs plus illustres représentants.

VARIA.

Cas d'automutilation; par M. Freymuth.

Il s'agit d'une mélancolique anxieuse qui, sous l'influence probable d'hallucinations terrifiantes de la vue, s'est arrachée les deux yeux. Elle est morte deux jours après, soit d'hémorrhagie cérébrale, soit d'encéphaloméningite suraiguë. (L'autopsie n'a pas été pratiquée.) Elle n'avait auparavant rien fait, ni rien manifesté, qui pût faire croire à une tentative de suicide ou de mutilation. Comme dans la plupart des affections mentales puerpérales, elle présentait la complication symptomatique de la folie systématique hallucinatoire aiguë, sans délire religieux apparent ni extase. (*Allg. Zeitschrif. Psychiat.*, LI, 1.)

P. K.

L'HYPNOTISME.

La cour d'assises des Hautes-Pyrénées vient de juger une curieuse affaire. L'accusé est un jeune étudiant de dix-sept ans à peine, Germain-Marie-Marcel Gueytat. Il est accusé de divers incendies : incendie dans la cathédrale de Tarbes (nuit du 23 au 24 octobre 1894), après avoir défoncé plusieurs troncs et volé leur contenu; — incendie de deux greniers; — incendie de la maison Martinetti, à Tarbes, dans lequel la plus grande partie des registres de la conservation des hypothèques fut détruite; — incendie dans l'église de Cadenac, toujours pour faire disparaître les traces d'un vol. Le jeune étudiant n'a voulu avouer que quelques-uns de ces méfaits.

Trente-six témoins étaient assignés. Un incident s'est produit, qui a donné une nouvelle tournure aux débats. Le défenseur de l'accusé, Me Dasque, a demandé à la Cour l'autorisation de faire entendre deux témoins dont l'un, Me Lebbe, avocat. Une heure durant, ce témoin a discouru sur l'hypnotisme. Il a raconté qu'il avait, il y a plusieurs années, assisté aux expériences faites au théâtre Caton par le célèbre Pickmann sur Marcel Guyetat. Cet hypnotiseur suggéra aux jeunes gens, qui se trouvaient sur la scène avec Guyetat, l'idée qu'ils étaient en présence d'un incendie. Tous se mirent à crier : « Au feu! » D'après le témoin, Pickmann aurait oublié de désuggestionner l'un de ses sujets, chez lequel se manifestèrent, quelques mois plus tard, des troubles cérébraux.

Après cette déposition, Me Dasque développe des conclusions tendant à faire soumettre Guyetat à l'examen de trois médecins aliénistes. M. Correch, procureur, déclare s'associer aux conclusions de la défense. La cour s'est retirée pour délibérer. Au bout d'une demi-heure, elle a rendu un arrêt aux termes duquel Guyetat sera transféré à l'asile d'aliénés de Pau pour être soumis à l'examen de trois médecins. (*Le Radical* du 12 mars.) — Nous ne manquerons pas de faire connaître le rapport de nos collègues de l'asile de Pau sur ce cas intéressant.

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mutations et nominations* : M. le Dr DUBOURDIEU est nommé médecin adjoint à l'asile de Pau. — M. le Dr VERNET est nommé médecin directeur de l'asile de Auch.

Le mort vivant. — Un singulier cas de folie a été constaté hier à l'hôpital Tenon. Un pensionnaire de cet établissement, Valentin Raulier, alcoolique invétéré, avait de mystiques hallucinations. Il se voyait emporté au paradis par des anges. Ces extases lui paraissaient si délicieuses qu'il voulait jeûner tout le carême et ne vivre qu'en buvant.

Dimanche dernier, dans un accès de délire, Raulier crut qu'il avait perdu la vie et alla s'étendre au fond d'un cercueil dans la salle de dissection. On le chercha partout, sauf dans ce macabre asile où il eût pu rester longtemps encore, si une infirmière ayant passé par hasard près de lui, il lui eût brusquement saisi la main et demandé : « Dis donc, quand est-ce que l'on m'enterre ? »

L'infirmière voyant ce mort écarter son linceul pour formuler une aussi bizarre réclamation, affolée, appela au secours. On accourut à ses cris ; Raulier, assis dans la funèbre caisse, répétait d'un air grave : « Mais enterrez-moi donc, que je vole vers Dieu ! » Le fou mystique a été aussitôt transféré à Sainte-Anne ; quant à l'infirmière, elle a dû s'aliter, tant son émotion a été violente. (*Quotidien illustré*, 8 mars 1895.)

Une femme qui se jette dans un puits. — Ce matin, vers 10 heures, une vieille fille, la nommée Adèle G..., âgée de soixante-sept ans, demeurant rue Vieille-Levée, 33, s'est rendue chez M. Semelle, jardinier, rue Tudelle, 91, disant qu'elle allait tirer un seau d'eau. La malheureuse femme, qui ne jouit plus de la plénitude de ses facultés mentales, s'est jetée dans le puits d'où elle a été retirée, vivante encore, par le domestique du jardinier. Après avoir été transportée chez elle Adèle G..., a été conduite à l'hôpital. (*Républicain Orléanais* du 17 mars.) — Il aurait été meilleur d'hospitaliser plus tôt cette malheureuse.

Les épileptiques. — Vers 4 heures du soir, hier, dans la rue de l'Hôtel-de-Ville, un pauvre diable nommé Auguste L..., âgé de quarante-deux ans, originaire du département du Gard, est tombé comme une lourde masse sur la chaussée. Cet homme, atteint d'une violente crise d'épilepsie, écumait de la bouche. Un gardien de la paix appelé par quelques personnes, a réquisitionné un charreton chez des facteurs-commissionnaires et a fait transporter le malheureux épileptique à l'hôpital. Auguste L..., après quelques soins empressés a repris complètement connaissance. (*Petit Var*, 13 mars 1895.)

Le spectacle seul des crises épileptiques n'est pas sans offrir de sérieux inconvénients : 1° pour les enfants, qui, effrayés, peuvent devenir épileptiques, surtout les héréditaires nerveux ; 2° pour les femmes enceintes qui peuvent être profondément troublées par le hideux spectacle de l'accès épileptique. Il est

donc du devoir de la Société — et de son intérêt direct — d'organiser, dans tous les départements des quartiers où seront admis facilement les épileptiques, d'où ils pourront sortir aussitôt qu'ils auront moins ou pas d'accès et où, de suite, ils pourront rentrer si les accès reparaissent. B.

Bianchi (L.) et Piccinino. — *Nuovo contributo alla dottrina della origine infettiva del delirio acuto.* — Brochure in-8° de 18 pages. — Napoli, 1894. — Tipografia del Cav. A. Tocco.

Bremer and Carson. — *Cylindroma Endothelioides of the Dura Mater Causing Localizing Symptoms and Early Muscular Atrophy.* — Brochure in-8° de 18 pages, avec 6 figures. — Philadelphia, 1895. — *American Journal of the Medical Sciences.*

Chaslin (Ph.). — *La confusion mentale primitive* (stupidité, démence aiguë, stupeur primitive). — Volume in-18 de 264 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie Asselin et Houzeau.

Cognetti (L.). — *Il marinaio suicida nella marina militare.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Roma, 1895. — Tipografia G. Bertero.

Kolisko (A.) und Redlich. — *Schemata zum Einzeichnen von Gehirnbefunden.* — Brochure in-8° de 10 pages, avec 9 figures et 19 planches hors texte. — Leipzig und Wien, 1895. — Fr. Deuticke.

Leblais (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile* (notes et observations). — Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr. 75. — Aux bureaux du *Progrès Médical.*

Lépine (R.). — *Sur un cas d'hystérie à forme particulière.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Paris, 1894. — Librairie F. Alcan.

Möbius (P.-I.). — *Neurologisches Beiträge.* — III. Helft : *Zur Lehre von der Tabes.* — Brochure in-8° de 154 pages. — Leipzig, 1895. — Verlag von J. Ambrosius-Barth.

Mongeri (L.). — *Etude de la physionomie chez les aliénés.* — Brochure in-8° de 16 pages, 13 figures. — Constantinople, 1895. — Chez l'auteur.

Raffalovich (M.-A.). — *Die Entwickelung der Homosexualität.* — Brochure in-8° de 39 pages. — Berlin, 1895. — Librairie Fischer's.

Seguin (E.). — *Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux,* avec une préface par Bourneville. — Volume in-8° de XLVIII-380 pages. — Troisième volume de la *Bibliothèque d'éducation spéciale.* — Prix : 5 francs. Pour nos abonnés, 3 fr. 50.

Treupel (G.). — *Die Bewegungstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen.* — Volume in-8° de 136 pages, avec figures. — Iéna, 1895. — Verlag G. Fischer.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 495

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

VOLUME XXIX (1895) NUMÉRO 99 (Mai.)

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1895

Abonnements : Paris, 20 fr.

gulier qui préside à sa formation me paraît bien audacieuse. Je préfère faire intervenir un mécanisme psychologique et donner un rôle à ces idées fixes qui constituent, comme je vous l'ai dit, le caractère fondamental de l'esprit de cette malade.

Il est incontestable que les idées fixes peuvent jouer un rôle dans l'étendue et dans la fixation des limites du champ visuel. On n'a pas encore décrit beaucoup de cas dans lesquels la forme du champ visuel ait été déterminée par les idées des malades, mais c'est peut-être que l'attention des observateurs n'a pas été attachée sur ce point. Permettez-moi de vous rappeler un fait qui m'a paru frappant et que je retrouve dans mes notes. Une malade, G..., à la suite de divers incidents (elle a vu le cercueil de son père entouré de fleurs rouges) a conçu une horreur invincible pour la couleur rouge. C'est là un fait fréquent chez les hystériques qui ont des associations d'idées extrêmement tenaces et puissantes quoiqu'elles ne s'en rendent pas toujours compte. Si on force G... à regarder trop longtemps une couleur rouge, elle a une attaque d'hystérie dans laquelle elle voit encore le cercueil, les fleurs rouges, etc. En prenant des précautions, on peut déterminer chez elle le champ visuel conscient pour le blanc et les limites de ce même champ visuel pour le rouge. On constate alors que le champ visuel du blanc est fortement rétréci concentriquement, tandis que le champ visuel du rouge est beaucoup plus grand que celui du blanc, presque normal du côté gauche (*fig*. 4). Cette persistance du champ visuel du rouge en dehors de celui du blanc n'est dû évidemment qu'à l'attention particulière attachée par la malade à cette couleur; et le champ visuel est évidemment ici modifié par l'idée fixe.

Nous pouvons arriver à la même notion au moyen des expériences de suggestion. Je ne vous ai pas encore parlé des effets de la suggestion sur le champ visuel, car ces expériences ne servaient à rien pour établir le point délicat en question à servir la nature hystérique du phénomène. Qu'un phénomène puisse être reproduit par suggestion, cela ne prouve en aucune manière qu'il est toujours de nature hystérique : on a pu reproduire des vésicatoires par suggestion. Il faut démontrer la nature hystérique d'un phénomène par l'analyse même du fait indépendamment de ses reproductions ou imitations expérimentales. Mais, la nature hystérique du phénomènes étant déterminée, on peut étudier les effets de la suggestion pour

comprendre le mécanisme de sa production, pour voir si les idées peuvent jouer un rôle dans son évolution. C'est bien ainsi je crois que procédait Charcot dans ses analyses célèbres des cas de monoplégie brachiale hystérique.

Si nous étudions donc les effets de la suggestion sur le

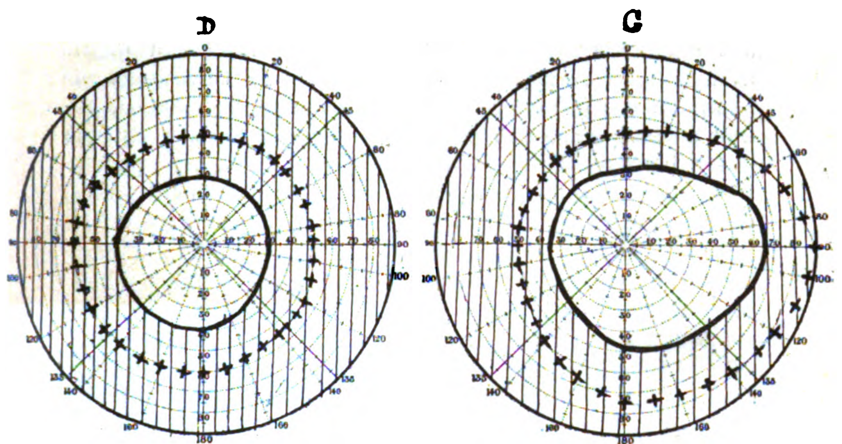


Fig. 4. — Observ. de G.

▬ Limites du champ visuel pour la couleur blanche. — +++ Limites du champ visuel pour la couleur rouge.

champ visuel, nous arrivons à un résultat facile à prévoir. Vous savez qu'en réalité la sensibilité rétinienne, n'est pas altérée dans l'hystérie et que théoriquement les hystériques peuvent voir comme nous dans toute l'étendue normale du champ visuel. Il est donc vraisemblable que suivant la direction de leur attention, suivant les idées qui modifient leurs perceptions conscientes, leur champ visuel peut se modifier de bien des façons. J'ai déjà montré, comme beaucoup d'auteurs, qu'il peut s'élargir énormément et redevenir momentanément normal, qu'il peut se rétrécir aussi par suggestion, se réduire à un point et même disparaître dans l'amaurose complète. Tout cela est incontestable.

Peut-on maintenant le déformer d'une façon plus irrégulière, en supprimer seulement une partie. Je vous rappellerai seulement à ce sujet une expérience bien connue, celle des anesthésies systématisées. On peut par suggestion faire dispa-

raître telle personne, tel objet même considérable; n'est-ce pas en réalité supprimer une partie plus ou moins considérable du champ visuel, faire en sorte que le sujet ne voie pas ce qui est à sa droite ou à sa gauche. Si ces expériences sont possibles, il doit être également possible de supprimer par suggestion directe la moitié du champ visuel.

C'est d'ailleurs ce que l'expérience vérifie très facilement. J'ai suggéré à une hystérique qu'elle était devenue à moitié aveugle d'une manière singulière, qu'elle ne voyait plus que la moitié des objets. Le fait s'est parfaitement réalisé, autant du moins que l'on pouvait le constater par son attitude et son langage, car un phénomène subjectif comme la perception des objets ne peut pas se constater autrement. Mais, dira-t-on, cette hémiopie n'est pas constatée par des procédés

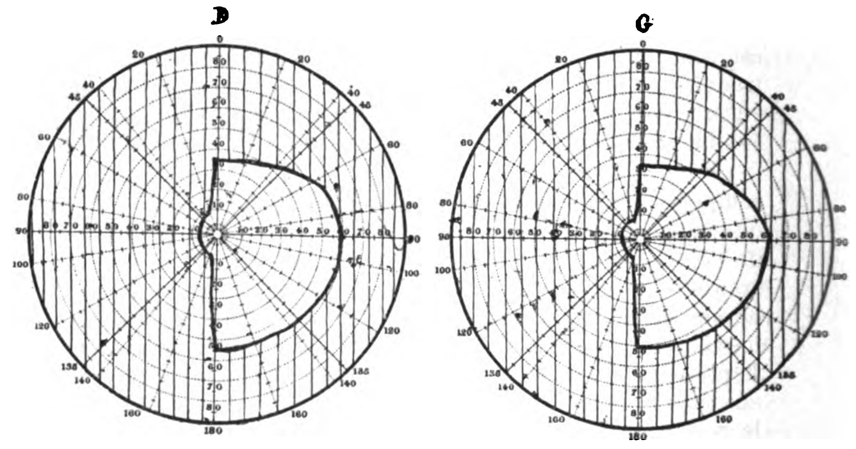


Fig. 5. — Hémianopsie droite homonyme déterminée par suggestion chez Br...

objectifs, par l'examen objectif, c'est là un mot que j'ai souvent vu employé à propos de l'examen du champ visuel. Entendons-nous, l'examen du champ visuel par le procédé du périmètre n'est pas du tout un examen objectif, un examen physique dans lequel les sentiments subjectifs du sujet ne jouent aucun rôle, tel qu'est, par exemple, l'examen du fond de l'œil. C'est toujours une interrogation du sujet qui est simplement un peu plus précise. Eh bien, l'hémianopsie sug-

gérée se constatera par l'examen au périmètre, si la suggestion est donnée avec assez de précision; deux fois j'ai constaté des hémiopies suggérées que je pouvais parfaitement relever au périmètre et dont je donne ici un exemple (*fig.* 5). Cette dernière constatation répond donc à la question que nous nous sommes posée; oui, le champ visuel peut être modifié par l'idée et une hémianopsie peut être réalisée par idée fixe.

Mais en est-il bien ainsi? Quelle est la singulière idée fixe que plus ou moins consciemment cette personne peut avoir eue relativement à un fait aussi peu habituel. Il est bien difficile de rien préciser, je me garde sur ce point d'aucune affirmation et je me borne à vous proposer quelques remarques.

Le fait principal, ne l'oublions pas, c'est l'hémianopsie droite, la perte de la vision du côté droit qui se manifeste soit dans la vision monoculaire par l'œil gauche, l'œil le plus valide, soit même dans la vision binoculaire. Or le côté droit est celui qui depuis fort longtemps a été atteint de tous les troubles les plus marqués. L'œil droit surtout dont nous avons encore peu parlé, a présenté et présente un ensemble de troubles fonctionnels extrêmement curieux.

Cet œil droit présentait autrefois, mais alors d'une manière complète dans toute l'étendue du champ visuel, les troubles que nous avons notés dans la moitié droite du champ visuel de l'œil gauche. Il a présenté de la macropsie, de la micropsie, de la diplopie monoculaire (quelle que soit l'origine de ces phénomènes dont nous n'étudions pas aujourd'hui le mécanisme). Aujourd'hui cet œil droit voit de moins en moins, il présente dans toutes ses fonctions des troubles fort graves en rapport, cependant, avec l'état hystérique. Le plus net est le resserrement de la pupille, le myosis. La pupille droite est presque toujours plus petite que la gauche. Les réflexes pupillaires de l'œil droit sont aussi altérés, car la pupille ne se décontracte pas sans l'obscurité, elle reste toujours en contraction exagérée; c'est un trouble des réflexes par spasme plutôt que par paralysie. Cette exagération du réflexe pupillaire à la lumière est d'autant plus singulière qu'elle s'accompagne non d'une augmentation de la sensibilité rétinienne, mais d'une diminution considérable de l'acuité visuelle. Quoi qu'il en soit, cette inégalité pupillaire, ce myosis, ce trouble des réflexes, enfin l'hémianopsie dont se plaint la malade; voilà un ensemble de symptômes qui, s'ils n'étaient pas ana-

lysés avec soin, éveilleraient tout naturellement la pensée des plus graves lésions encéphaliques. Le cas pourrait être ajouté à ceux qui ont été si bien étudiés dans la thèse de M. Souques. Il s'agirait cette fois de syndromes hystériques simulateurs des affections encéphaliques.

Il ne s'agit d'ailleurs que de simulation, comme j'ai déjà eu l'occasion de le faire remarquer [1]. Un examen attentif, que M. Sauvineau a bien voulu faire de cette malade, démontre qu'il n'y a aucune lésion du fond de l'œil. Tous ces symptômes, même les troubles pupillaires, sont transitoires. Le myosis augmente, les parents de la malade l'avaient déjà remarqué depuis longtemps, quand Justine est plus tourmentée par ses idées fixes. D'autres fois j'ai souvent constaté que, à la suite des suggestions qui effaçaient les idées fixes, à la suite de sommeils un peu prolongés, cette inégalité pupillaire disparaissait complètement. Ce ne sont là que des phénomènes hystériques de la même nature que ceux qu'il nous reste encore à signaler dans l'œil droit.

Cet œil présente au plus haut point les troubles de l'accommodation qui ont été si bien étudiés par M. Parinaud. Ce spasme de l'accommodation est difficile à observer et donne lieu à bien des contestations singulières, souvent même contradictoires. En effet, il suffit d'appliquer un verre sur les yeux de la malade pour produire une émotion, une suggestion si vous voulez, qui modifie tous les phénomènes. Il est probable que ces troubles de l'œil droit, ont pour origine une infériorité réelle de l'œil droit une myopie qui existait je crois antérieurement aux phénomènes nerveux. Vous ne serez pas surpris de ces infériorités locales, de ces asymétries organiques que M. Raymond nous signale si souvent chez les malades rangés sous le nom de dégénérés. Tous ces troubles ont rendu peu à peu la vision difficile et à peu près impossible par l'œil droit.

Ajoutez à ces remarques sur les troubles présentés par l'œil droit que toutes les autres sensibilités de ce côté sont également altérées, je ne fais que vous rappeler l'anesthésie tactile et musculaire, l'absence du goût et de l'odorat, enfin la surdité presque complète de l'oreille droite. La malade qui a été bien souvent examinée et qui a fini par remarquer avec tristesse tous ces troubles qui siégeaient du côté droit, s'est fait toute une théorie sur les malheurs de ce côté droit : « C'est le côté mau-

[1] Pierre Janet. — *Revue philosophique*, février 1894, p. 148.

vais, le côté malheureux, » dit-elle. Par une illusion naïve, elle attribue aux objets eux-mêmes cette sorte de malédiction : « C'est ennuyeux, dit-elle, mon piano est mauvais du côté droit, tandis qu'il est bon du côté gauche. » N'est-il pas possible que notre malade ait été plus loin dans le même sens jusqu'à se dire que le côté droit des objets était mal vu, devenait invisible? N'est-ce pas là ce qui s'est passé quand la malade attribuait au côté droit des objets même vus uniquement par l'œil gauche, tous ces troubles, macropsie, micropsie qui dépendaient en réalité de l'œil droit seul. Cette pensée d'abord vague, qui troublait peu la vision normale, serait devenue une idée fixe au moment de l'affaiblissement causé par les hémorragies de la ménopause et elle se serait manifestée par une hémianopsie droite.

Sans doute on pourra demander pourquoi toutes les hystériques hémianesthésiques à droite n'arrivent pas par le même raisonnement à l'hémianopsie droite. Sans insister trop sur une semblable discussion, je vous dirai qu'il est rare de voir tant de troubles persister si longtemps dans un œil du même côté, que ces troubles ne sont pas d'ordinaire aussi remarqués, aussi étudiés par la malade, qu'il n'y a pas toujours en même temps une prédisposition aussi forte aux idées fixes. En un mot un ensemble de circonstances qui sont d'ordinaire rarement réunies, ont préparé cette malade à cette idée fixe peu ordinaire et ont réalisé le symptôme qu'elle présente.

Reste, direz-vous, l'hémianopsie gauche pour l'œil droit, qui semble toute différente. Nous remarquerons d'abord qu'elle ne se manifeste que peu dans la vision normale binoculaire puisque la malade ne se sert pas de cet œil. Elle ne se manifeste qu'au moment où l'on examine l'œil gauche. Elle est, à mon avis, la conséquence logique de l'idée précédente. Si l'œil gauche ne voit que le côté gauche des objets, l'œil droit ne doit voir que le côté droit des objets, chaque œil voit son côté. C'est encore un résultat de cette logique subconsciente passablement niaise qui est un des grands caractères des idées fixes.

D'une manière générale, dans son ensemble, l'anesthésie hystérique n'est pas le résultat d'une idée fixe, elle est la manifestation d'une faiblesse cérébrale, d'une diminution de la perception personnelle qui est le fait primitif. Mais les localisations de l'anesthésie, surtout quand elles sont précises et singulières, sont bien le fait de la suggestion et de l'idée fixe. Depuis que l'on examine

l'hémiopie de Justine, il me semble qu'elle est précisée encore, la vision est devenue plus nette, plus large du côté gauche, plus nulle du côté droit, où elle ne dépasse plus que très peu la ligne médiane. Nous avons affaire ici, en résumé, à un phénomène qui a été jusqu'ici peu observé, la détermination d'une forme du champ visuel par l'idée fixe.

Si cette explication très simple des faits a quelque intérêt, c'est qu'elle conserve à cette malade son unité pathologique, intéressante. Justine continue à être une malade à idées fixes et ces idées fixes conservent la forme hystérique. Tous ses accidents, depuis des années, ont toujours été déterminés de la même manière. Je ne parle pas seulement de ses attaques hystériques et de ses impulsions, mais même de ses accidents d'apparence organique. Elle a eu des douleurs localisées singulièrement, des contractures de forme étrange, des parésies. Tout a été le résultat d'idées fixes subconscientes dont la malade se rendait rarement compte et tous les accidents disparaissaient quand on traitait les idées fixes. Il est probable qu'il en est encore de même, les effets du traitement viendront confirmer ou détruire notre supposition[1].

Quoi qu'il en soit, l'observation reste intéressante en elle-même pour nous montrer l'existence d'un symptôme contesté de l'hystérie. De plus en plus l'hystérie est la grande simulatrice, comme le disait si souvent Charcot. Il est de plus en plus difficile d'affirmer qu'il est impossible de rencontrer un symptôme particulier dans l'hystérie.

D[r] Pierre JANET.

[1] Le traitement de cette hémianopsie a été commencé aussitôt après la conférence et il a confirmé pleinement nos hypothèses. Le champ visuel, même du côté interne était mobile et pouvait être déplacé par diverses causes d'ordre moral, l'attention, l'association des idées, la suggestion. Cette mobilité a permis d'obtenir la guérison en quelques jours. Cette guérison a été accompagnée de phénomènes intéressants. Le malade s'est plainte de souffrances violentes dans la tête au moment où se produisit cet élargissement du champ visuel. J'ai déjà insisté sur ses douleurs étranges qu'éprouvent plusieurs malades au moment où l'on triomphe de leurs idées fixes. Au moment où la vue gagnait en étendue, elle a semblé perdre son acuité : le champ visuel était plus grand, mais sur une partie de son étendue la vision était devenue trouble. C'est encore un exemple de ces équivalences si curieuses qui se manifestent quand on déplace les phénomènes hystériques et qui sont le point de départ des transferts. Actuellement l'hémianopsie a disparu, le rétrécissement concentrique du champ visuel persiste seul, car on ne peut supprimer ce dernier symptôme que d'une façon momentanée.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'INTOXICATION DANS L'ÉPILEPSIE[1];

Par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière; et RAYMOND PETIT, interne des hôpitaux.

Tension vasculaire. — L'état du système circulatoire et particulièrement la tension artérielle doivent aussi nous arrêter un instant. Dans l'épilepsie les troubles vaso-moteurs ont été depuis longtemps remarqués et ils ont donné lieu à plusieurs théories sur cette affection.

La pâleur subite du visage quand il se produit un vertige ou quand un accès débute, avait fait penser aux uns que toute l'extrémité céphalique devait être brusquement anémiée ; ils invoquaient dès lors l'anémie cérébrale. Les autres prétendaient que la pâleur du visage allait, au contraire, avec la congestion cérébrale. Quoi qu'il en soit, il est manifeste que, sous une influence vaso-motrice, il doit y avoir dans l'épilepsie des troubles dans la circulation de l'encéphale, de l'ischémie cérébrale.

La tension artérielle est d'une appréciation fort délicate. Pour l'étudier chez ce genre de malade on ne peut songer à employer le sphygmomanomètre du professeur Potain qui est le plus précis. Deux autres instruments peuvent cependant servir bien que leur précision suffisante en clinique ne soit pas absolument rigoureuse à cause de l'interposition entre le sphygmomètre et l'artère d'un troisième élément, la pulpe de l'index de l'opérateur. En effet, la sensibilité tactile n'est pas développée au même point chez tout le monde, elle n'est même pas égale à tous les moments et dans toutes les conditions chez le même observateur. Ces deux sphygmomètres sont ceux de M. Block et de M. Verdier ; à peu près semblables, ils ne diffèrent guère que par leur mode de graduation ; le premier

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 98.

évaluant les tensions en grammes, le second en centimètres de mercure.

M. Féré[1] a déjà fait plusieurs recherches sur ce sujet, il a employé le sphygmomètre de M. Block et donné les conclusions suivantes : « la tension artérielle est augmentée avant et pendant les accès épileptiques et touche au-dessous de la normale quand la crise est terminée. D'après lui, cet abaissement anormal de la tension vasculaire persiste pendant huit ou dix heures, parfois même un ou plusieurs jours quand il y a des accès sériels. »

Il ajoute que pendant l'agitation et le trouble mental, la tension reste anormalement élevée. Pour cet auteur, dans les simples vertiges et les secousses, on trouverait les mêmes résultats que dans les accès, mais moins prononcés et moins durables. Enfin, ses recherches ont aussi porté sur la colère en dehors de l'épilepsie. Là encore, il arrive aux mêmes conclusions.

Nous n'avons étudié que des épileptiques vraies (des femmes) et nous nous sommes servi du sphygmomètre de Verdier. Toutes les tensions que nous avons prises ont été recueillies entre 9 heures et 10 heures du matin chez des malades qui sont soumises à peu près à la même vie et au même régime. Ceci n'est pas sans importance : l'exercice, le repos, l'état de digestion ou de jeûne influent beaucoup sur la tension vasculaire. Enfin, nous avons toujours opéré sur l'artère radiale à la gouttière du pouls. On verra sur les relevés suivants combien nos résultats sont différents de ceux de M. Féré.

	AVANT L'ACCÈS	PENDANT L'ACCÈS	PENDANT LE STERTOR	EN DEHORS
NEV..., cinquante ans. Épileptique.				
Pouls	72	Impossible à sentir.	142	88
Tension en centimètres de mercure.	12	Impossible à mesurer.	17	15
DUB..., trente-cinq ans. Épileptique. Hémiplégie spasmodique infantile.				
Pouls	72	Impossible.	112	96
Tension en centimètres de mercure	13	Impossible.	20	16

[1] Féré. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1888 et 1889.

	AVANT L'ACCÈS	PENDANT L'ACCÈS	PENDANT LE STERTOR	EN DEHORS
DESP..., trente-sept ans. Épileptique.				
Pouls	80	Impossible.	112	96
Tension	14-11	Impossible.	20	16
LAUR..., vingt-deux ans. Épileptique.				
Pouls	60-62-60	Impossible.	84	64
Tension	15-14-15	Impossible.	17	16
THEI..., quarante-neuf ans. Épilepsie.				
Pouls	72-80-70	Impossible.	100	88
Tension	14-15-14	Impossible.	18	16
MARL..., vingt-cinq ans. Épileptique.				
Pouls.	60-62	Impossible.	80	64
Tension.	12-12 1/2	Impossible.	16	13
ALLI..., vingt-neuf ans. Épileptique.				
Pouls	65	Impossible.	80	80
Tension	12	Impossible.	16	15
GAUCH..., quarante-cinq ans. Épilepsie.				
Pouls	70-72	Impossible.	85	58
Tension	9-11	Impossible.	20	16
CURV..., dix-neuf ans. Épilepsie.				
Pouls	92	Impossible.	90	72
Tension	10	Impossible.	16	13
GOU..., vingt-trois ans. Épilepsie.				
Pouls	84	Impossible.	75	84
Tension	10	Impossible.	18	14
HUG..., trente-quatre ans. Épilepsie.				
Pouls	80	Impossible.	76	?
Tension	11	Impossible.	16	?
SOLIV..., vingt ans. Épilepsie.				
Pouls	96	Impossible à sentir.	95	80
Tension	10	Impossible à mesurer.	20	17

	AVANT L'ACCÈS	PENDANT L'ACCÈS	PENDANT LE STERTOR	EN DEHORS
	—	—	—	—
BERTH..., vingt-quatre ans. Épilepsie.				
Pouls	80	Impossible.	100	80
Tension	10	Impossible.	15	13
LEBORG..., vingt-cinq ans. Épilepsie.				
Pouls	80	Impossible.	84	88
Tension	11	Impossible.	15	14
BROCH..., vingt-deux ans. Épilepsie.				
Pouls	68	Impossible.	88	72
Tension	11	Impossible.	18	15
BIENV..., trente-cinq ans. Épilepsie.				
Pouls	88	Impossible.	95	85
Tension	11	Impossible.	17	15
GRAND..., vingt-huit ans. Épilepsie.				
Pouls	76	Impossible.	100	80
Tension	13	Impossible.	20	15

Au résumé, nous pouvons donc conclure qu'étant donnée la tension artérielle d'un individu en dehors des accès d'épilepsie, on verra cette tension s'abaisser avant le paroxysme et s'élever au-dessus de la normale à la fin dès que commence la période du stertor. Quant à mesurer la tension artérielle pendant l'accès lui-même, pendant les périodes toniques et cloniques, nous ne comprenons pas comment la chose peut être possible. La première condition nous semble-t-il pour mesurer la tension artérielle, c'est de pouvoir sentir le pouls.

Or, il est facile de se rendre compte en assistant à quelques accès convulsifs, que, dès qu'une malade tombe, il est matériellement impossible de sentir son pouls et partant de mesurer sa tension vasculaire jusqu'au début du stertor. D'ailleurs le hasard nous a fourni un bon exemple. La malade Nev... ayant fait une chute dans un accès se blessa au front. On lui fit un pansement provisoire et environ deux heures après nous pûmes l'examiner et la panser. Pendant que nous lavions au sublimé sa plaie qui saignait abondamment, la malade fut prise d'une nouvelle attaque d'épilepsie. Immédiatement tout écoulement de sang fut arrêté et cela pendant toute la durée

des périodes tonique et clonique, le pouls ne pouvait être senti; mais dès que cette femme, faisant une inspiration profonde et supérieure, fut entrée dans la période du stertor, le pouls reparut rapide et plein, battant à 142 pulsations par minute ; la tension artérielle monta immédiatement à 17 centimètres de mercure et la plaie du front se mit à saigner de nouveau et avec abondance. Ce fait semble assez probant.

Etat de la sensibilité. — L'état de la sensibilité chez les épileptiques dont nous parlons est digne d'attirer l'attention. Les malades ont, semble-t-il, une véritable obtusion de la sensibilité, analogue à leur obtusion intellectuelle. On observe une diminution ou une absence de sensibilité qui rappelle celle des alcooliques en état d'ivresse ou plutôt des alcooliques chroniques. On peut surtout se rendre compte facilement de ces faits quand on est appelé à donner des soins à une épileptique qui vient de se blesser en tombant dans un accès.

Les plaies qu'ils présentent sont parfois énormes. On en a vu se tuer dans une chute, présenter des fractures diverses, voire même des fractures du crâne. Ils tombent privés de connaissance comme des masses, ne se rendant pas compte de leur chute. Dès lors le corps est abandonné à la pesanteur et aucun mouvement des bras et des jambes ne peut venir agir comme protecteur en amortissant le choc. Nous avons eu en particulier deux malades qui se sont fait en tombant dans des accès, des plaies considérables du cuir chevelu, nous les prendrons pour exemples :

Jacq..., dix-huit ans, épileptique, hémiplégie spasmodique infantile. Cette malade a un accès le 10 janvier 1893, au soir; elle tombe à la renverse. Sur la droite on voit une énorme plaie de forme longitudinale allant jusqu'à l'épicrâne, étendue obliquement en bas et en dedans pour aboutir à la protubérance occipitale externe qui est dénudée. Les bords de la plaie, surtout l'interne, sont décollés. L'hémorragie est abondante; au sortir de son paroxysme la malade ne sent aucune douleur, elle ne s'aperçoit de sa blessure que par la vue de son sang. Nous l'examinons environ une heure après l'accident; le lavage de la plaie, son examen soigneux ne réveillent aucune douleur; la malade ne se plaint même pas quand on soulève les lèvres de la solution de continuité par laver les parties décollées. Nous faisons huit points de suture au crin de Florence, la malade ne semble ressentir aucune douleur des piqûres de l'aiguille de Reverdin qui sont d'ordinaire assez douloureuses pour nécessiter dans les grandes opérations quelques inhalations de chloroforme.

Elle ne se plaint nullement et pendant tout ce temps cause avec nous comme si elle ne sentait absolument rien de ce que nous lui faisons. Pansement iodoformé laissé sept jours en place; réunion par première intention.

Broch... vingt-deux ans, épileptique. Tombe à la renverse le 17 janvier 1893 au soir dans un accès d'épilepsie. Elle se fait une plaie profonde et contuse à droite de la protubérance occipitale externe et un peu en haut. L'accès terminé elle se relève ne sachant pas qu'elle est blessée. Elle ne s'en aperçoit que lorsqu'elle voit du sang. Deux heures après l'accident nous la voyons et nous constatons une plaie contuse à bords déchiquetés de forme étoilée, en brisure de vitre. Les cheveux étaient en partie collés par le magma sanguin, quelques mèches arrachées avaient pénétré dans la plaie. Ceci nécessitait un long et minutieux nettoyage que la malade a subi sans paraître souffrir le moindrement, et sans proférer une plainte. Pansement iodoformé sans sutures que la plaie contuse ne permettait pas. Guérison.

On voit par ces deux exemples combien la sensibilité à la douleur est amoindrie chez ces malades. Il semble qu'elle ait presque complètement disparu. Nous ajouterons encore l'observation de la malade Barth..., qui s'est fait cinq fractures des deux os de la jambe pendant sa vie, dans des crises épileptiques. Cette observation témoigne encore plus que les précédentes de la disparition de la sensibilité à la douleur.

Barth... En décembre 1890, cette malade se fit une fracture de la jambe gauche en tombant dans un accès, le tibia était fracturé au tiers inférieur, le péroné au tiers supérieur. On fit la réduction et l'appareil plâtré fut appliqué. Le lendemain la malade avait enlevé son appareil et à notre arrivée tenait son membre élevé, la jambe pendant au niveau de la fracture. L'appareil fut réappliqué et la malade guérit et reprit à marcher. En mai 1891, nouvelle fracture de la même jambe au même niveau dans une crise épileptique (la malade était tombée de sa hauteur). Cette fracture fut réduite et l'appareil plâtré appliqué, sans qu'elle parût ressentir aucune douleur pendant ces manœuvres. Cette fracture guérit également et elle put marcher sans qu'on observât de raccourcissement notable. En mars 1892, nouvelle fracture en tout semblable aux précédentes. La malade ne semble pas souffrir pendant la réduction et l'application d'un appareil plâtré. Elle a guéri avec un très faible raccourcissement.

Quatre mois après en août 1892, dans un accès, cette femme tombe à terre et se fracture la jambe encore au même niveau. Nous l'examinons, réduisons la fracture sans que la malade profère une

plainte. On lui met un plâtre et elle guérit avec un raccourcissement de 2 centimètres.

En janvier 1893 tombant de sa hauteur dans un accès, la malade se fractura de nouveau la même jambe toujours aux mêmes points. Quand nous la voyons, elle tient son membre élevé et balance en riant sa jambe fracturée. On met un appareil plâtré qu'elle enlève la nuit; le lendemain on réduit de nouveau la fracture, on remet l'appareil et elle guérit avec un raccourcissement de 3 centimètres. Enfin le 19 avril 1893 elle tombe de nouveau dans un accès et se fait une entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite avec arrachement de la malléole externe et cependant se laisse examiner sans paraître souffrir le moindrement.

On voit que la sensibilité douloureuse était profondément modifiée chez cette malade puisqu'elle enlevait son appareil plâtré et soulevait son membre fracturé qu'elle balançait, en riant, comme un membre de polichinelle. Il serait intéressant de savoir s'il y a dans ces fractures répétées des troubles nutritifs se traduisant par des modifications dans la composition chimique de l'os et du col. Nous avons fait analyser les tissus osseux et celui du cal dans ce cas, on en verra le résultat dans le tableau ci-dessous :

POURCENTAGE.

Os.			Cal.		
Cendres.	65,4	p. 100	Cendres.	64,25	p. 100
Matières organiques.	34,6	—	Matières organiques.	35,75	—
Phosphate de chaux.	59,2	—	Phosphate de chaux.	58,25	—
Carbonate de chaux.	9,23	—	Carbonate de chaux.	9,09	—

Mais il est difficile de conclure d'après une observation isolée. Il serait à désirer que, dans tous les cas analogues, l'analyse chimique fût faite; alors seulement on pourrait savoir s'il y a des modifications constantes de ce côté chez les épileptiques. Les dénudations de veines que nous avons faites chez nos malades pour obtenir du sang avec la seringue plongée dans la veine, nous ont prouvé aussi que la sensibilité était des plus obtuses.

La *nutrition générale* dans l'épilepsie reste ordinairement longtemps satisfaisante, mais après des séries d'accès il n'est pas rare de constater un amaigrissement rapide. Cet amaigrissement est des plus manifestes à la suite des états de mal. On a signalé aussi la présence de stries sur les ongles à la suite de séries paroxystiques. Ces stries sont dues à l'arrêt de développe-

ment de ces organes pendant les manifestations épileptiques.

Des eschares peuvent naître au bout de vingt-quatre heures à la suite d'accès également épileptiques. Ces troubles nutritifs apparaissent surtout dans l'état de mal. La cicatrisation des plaies est suspendue aussi pendant ce temps. Ce n'est que lorsque l'élimination de toxine a eu lieu que la réparation s'effectue.

Enfin indépendamment des lésions que nous avons observées dans le sang de ces malades et dont nous relatons les observations dans une autre partie de ce travail, nous devons dire que les auteurs ont signalé la diminution de la proportion d'hémoglobine et une altération des globules rouges; ils sont sphériques et paraissent plus petits que les globules discoïdes ordinaires. En même temps que l'on constate cette altérabilité des globules rouges, on signale l'apparition d'un grand nombre de globulins ou hématoblastes (Hayem).

Troubles de la parole. — Quand on examine un grand nombre d'épileptiques qui viennent d'avoir des accès convulsifs ou bien dont l'affection est déjà avancée, on est frappé par certains troubles de la parole qui peuvent même dans quelques cas aller jusqu'à l'aphasie complète mais temporaire. Ces troubles du langage ont déjà été mentionnés dans l'ensemble par plusieurs auteurs et notamment par M. Féré [1]. Leur intensité et leur durée sont très variables. On peut dire cependant qu'ils apparaissent d'abord après l'accès épileptique et qu'ils sont d'autant plus marqués et prolongés que les accès ont été plus intenses et plus prononcés.

Au moindre degré, on observe après le paroxysme un certain embarras de la parole; les malades parlent lentement et leur prononciation est irrégulière et traînante. M. Cloustau rapporte des cas dans lesquels les phrases étaient interrompues par une sorte de hoquet qu'il attribue à une hyperkinésie du spinal par congestion permanente du bulbe.

Lorsque ces troubles du langage sont plus accentués, ils peuvent se prolonger beaucoup plus; au lieu de disparaître au bout de quelques minutes ou de quelques heures, ils persistent pendant plusieurs jours. Non seulement la prononciation est lente et hésitée, les phrases entrecoupées, mais encore les mots eux-mêmes restent inachevés et souvent inintelligibles. Ces phénomènes semblent relever à la fois de l'amnésie ver-

[1] Féré. — *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 172 et suivantes.

bale, de l'incoordination des mouvements de la langue et de la trémulation des lèvres qui sont lentement rapprochées et propulsées en avant pour la prononciation de chaque mot. Tout cet ensemble pourrait faire penser à la paralysie générale qu'il rappelle bien un peu à certains égards, toutefois il n'y a généralement pas de ces contractions fibrillaires si nettes chez les paralytiques généraux.

Nous verrons tout à l'heure que ces troubles peuvent à la longue s'accentuer de plus en plus, ne pas disparaître complètement d'une période à la suivante et finalement devenir permanents. Lorsque les accès sont rares et peu violents, le trouble de la parole est très faible et très fugace, il dure à peine quelques instants. Ordinairement, dans les cas que l'on peut considérer comme moyens par l'intensité et la fréquence, ces phénomènes sont bien nets et peuvent être appréciables pendant une durée qui varie de quelques minutes à trois quarts d'heure ou une heure. Lorsque cet état persiste plusieurs jours, c'est que les accès se sont répétés à de courts intervalles et en nombre déjà assez considérable. Mais les choses peuvent aller plus loin, lorsque les paroxysmes se sont succédé rapidement et surtout quand il y a eu de grandes séries ou un état de mal avec accès subintrants. Il n'est pas très rare alors de voir se produire une véritable aphasie post-épileptique. Cette aphasie n'est pas définitive, elle n'est que temporaire et sa durée n'a rien de fixe bien qu'elle soit proportionnelle à l'intensité et au nombre des accès ; elle varie de quelques heures à plusieurs jours, voire même plusieurs semaines.

Le plus souvent ce n'est que de l'aphasie pure et simple. Mais si l'on vient à étudier ces malades d'un peu près, on s'aperçoit bientôt qu'ils se retournent lorsque l'on fait du bruit dans la salle. Si l'on parle devant eux, ils suivent les gestes et la physionomie, mais il est impossible de communiquer avec eux. Ils ne peuvent lire une phrase écrite et cependant ils regardent la feuille de papier. Ils suivent des yeux les lignes qui y sont tracées, mais sans résultat, parce que l'audition et la vision des mots sont abolies ou plutôt suspendues. Mettez un crayon entre les mains de ces malades en les priant d'écrire leur nom, ils en sont incapables ; ils vous regardent longuement, puis portent les yeux sur le papier et ainsi de suite alternativement. Essaie-t-on de leur faire comprendre par signes qu'on les prie d'écrire, ils se mettent en devoir d'exécuter

l'ordre, mais ils demeurent la main suspendue, indécis, comme s'ils essayaient de réunir au prix de grands efforts des souvenirs confus. Enfin, ils forment lentement une lettre quelconque d'une main hésitante et à traits tremblés, puis ils continuent en traçant des jambages, de traits, des lignes dépourvues de toute signification et finissent par s'arrêter comme fatigués de cet effort.

Cette aphasie s'accompagne en général de troubles moteurs du côté droit, troubles moteurs qui peuvent, comme nous l'avons déjà dit, revêtir la forme d'une hémiplégie également passagère, mais elle peut aussi se montrer sans qu'il y ait une parésie ou une paralysie prédominante du côté droit du corps. Enfin, dans quelques, cas l'aphasie peut se prolonger assez longtemps comme dans celui que nous rapportons ici.

Observation. — Vaud... dix-neuf ans, épilepsie.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, emporté. Mère morte tuberculeuse. Sœur de la malade a des secousses nerveuses. Un frère est mort de convulsions à sept ans.

Antécédents personnels. — A marché et a parlé de bonne heure. Convulsions au moment de la dentition. Les accès ont paru ensuite. A onze ans et demi sait bien lire et écrire. Les accès augmentent; elle a une série après laquelle elle est presque démente. La série terminée, elle recouvre son intelligence, mais pas intégralement. Un an après en 1886, à la suite de nombreuses attaques, elle a présenté une première fois de l'aphasie. En 1888 elle va mieux. La parole qui avait été embarrassée et lente, tend à devenir normale.

En 1893 pendant le mois de février, elle a 238 accès. A partir du 15 février elle est aphasique et hémiplégique du côté droit; dans ses attaques le côté gauche se contracte en flexion, le côté droit en extension. La tête et les yeux sont déviés à droite; puis le côté droit se contracte à son tour en flexion. Cette contracture disparaît bientôt de ce même côté, puis du gauche. La malade a quelques convulsions cloniques, à gauche surtout, puis entre dans le stertor.

Quand on essaie de la faire marcher, elle traîne la jambe droite qu'elle ne peut détacher de terre et frappe le sol du pied gauche à chaque pas. Cette hémiplégie et cette aphasie se prolongent jusqu'au 15 mars et disparaissent progressivement.

Comme on le voit chez cette malade, l'aphasie était accompagnée d'hémiplégie du côté droit. Les deux phénomènes après avoir duré plusieurs semaines ont progressivement et complètement disparu, puisque cette jeune fille peut aujourd'hui tra-

vailler et se rendre utile dans le service. Toutefois nous devons dire qu'elle a conservé quelque lenteur dans l'expression par la parole et que sa prononciation est encore un peu traînante. Nous verrons plus tard quelle peut être la pathogénie de ces états passagers, mais il nous est permis de nous demander dès maintenant quelle peut être la cause immédiate de ces accidents.

On ne peut évidemment pas songer ici à une lésion complète définitive du centre du langage puisque le phénomène n'est que passager. Du reste les autopsies n'ont jamais montré la trace de lésions anciennes ou récentes à ce niveau. Cependant cette aphasie ne diffère de l'aphasie ordinaire dont la lésion est connue que par son évolution. Il est probable ou en tout cas très admissible que ces troubles passagers puissent être dus à une simple congestion momentanée. On sait en effet que la congestion peut s'accompagner des mêmes symptômes que l'on constate dans les lésions des diverses parties du système nerveux. Nous avous encore présent à la mémoire le souvenir d'une malade que plusieurs médecins et nous-mêmes avions examinée ; dans ce cas difficile les avis étaient partagés, mais nous avions tous fini par tomber d'accord sur ce point qu'il devait y avoir des productions tuberculeuses, granuliques disséminées sur les méninges rachidiennes au début, et ayant secondairement envahi les méninges craniennes.

Or l'autopsie nous amenait peu de jours après à constater qu'il n'y avait là que de la congestion, les lésions tuberculeuses ayant porté seulement sur les organes thoraciques et abdominaux.

Là encore, la congestion avait donc déterminé les symptômes que l'on attribue communément et avec justesse à des lésions. Peut-être des lésions auraient-elles fini par se produire si les choses avaient duré plus longtemps.

A côté de cette aphasie nous devons placer la paralysie qui a été signalée chez certains sujets épileptiques. M. Féré rapporte ainsi les cas observés par Forbes Winslow[1], et Moreau (de Tours)[2]. Tissot[3] rapporte aussi un cas d'aphasie transitoire sans agraphie chez un épileptique.

Quant au zézaiement, au bégaiement et autres défauts de

[1] Forbes Winslow. — *Obscure diseases of the brain and mind*, p. 510.
[2] Moreau (de Tours). — *Gaz. des hôpitaux*, 1864.
[3] Tissot. — *Œuvres complètes*, édition 1874, t. XII, p. 128.

prononciation, ils sont toujours exagérés après les crises épileptiques.

Féré [1] a démontré à l'aide du glosso-dynamètre, modification du sphygmomètre de M. Bloch, que ces troubles du langage sont en grande partie dus à des troubles de la motilité de la langue.

Nous disions en commençant cette rapide étude des troubles du langage, qu'ils apparaissaient d'abord après les accès. En effet, au début ce sont des phénomènes passagers; après chaque paroxysme ou chaque série ils vont en s'atténuant ou disparaissent pour surgir de nouveau après la série suivante; mais à la longue il n'y a plus de disparition, mais seulement diminution, simple atténuation et bientôt ils deviennent persistants d'une manière définitive. A côté des troubles temporaires de la parole, il faut donc placer les troubles permanents ; ce sont du reste les mêmes qui ont fini par s'établir progressivement, d'une façon irrémédiable. Peut-être y a-t-il des lésions, mais jusqu'ici elles nous ont échappé.

Les malades qui sont arrivés à ce point sont déjà tombés dans la démence épileptique le plus souvent ou tout au moins ils n'en sont pas très éloignés. Ils ont une façon de parler toute particulière. La moindre réponse semble leur demander un travail considérable qui n'aboutit d'ailleurs pas toujours à un résultat. Ils s'approchent de vous, vous regardent avec une expression bizarre comme s'ils allaient vous confier dans leur réponse un secret important. On dirait qu'ils essaient de rassembler, de coordonner des souvenirs vagues et confus au prix de grands efforts. En même temps, ils rapprochent les lèvres, les portent en avant avec lenteur et les entr'ouvrent comme pour chuchoter quelque chose ou prononcer un mot difficile. L'expiration lente et prolongée qui se fait pendant ce temps produit le bruit du soufflet entre les dents serrées. On croit qu'ils vont enfin parler! puis ils font un mouvement de déglutition et recommencent comme précédemment. Parfois, tout se borne à ces efforts sans aucun résultat; pas un son articulé n'est émis, ou bien il y a prononciation lente et prolongée d'une syllabe dénuée de sens. Quand ils arrivent enfin à dire quelques mots, il leur faut un temps considérable. Chaque syllabe est longuement prononcée avec ou sans saccades. C'est, en général, sur le premier mot ou la première syllabe que se fait

[1] Féré. — *Note sur l'exploration de la langue.* Comptes rendus. Société de Biologie, 1889, p. 278.

la pause la plus longue, comme s'ils cherchaient la suite de ce qu'ils doivent dire. Très souvent la phrase reste inachevée et privée de sens malgré leurs efforts. En somme, il semble qu'il y ait chez eux à la fois des troubles moteurs du côté des organes de la phonation et de la confusion mentale.

Troubles de la motilité. — Des troubles divers de la motilité plus ou moins graves, plus ou moins durables, peuvent aussi se manifester consécutivement aux accès épileptiques.

Ici, comme pour les troubles de la parole, nous verrons des phénomènes passagers d'abord, peu accentués et fugaces, augmentant lentement d'une façon irrégulière et comme par poussées successives, pour devenir enfin définitifs et permanents.

M. Ch. Féré a mis en évidence les troubles moteurs que l'on voit apparaître du côté de la langue après les accès. Avec le glosso-dynamomètre il a pu mesurer le degré de résistance des muscles linguaux et ces recherches prouvent que cette résistance est nulle ou notablement diminuée après les paroxysmes épileptiques. Cela jouerait un rôle important dans les troubles de la parole.

M. Beevor a signalé aussi la déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté opposé à celui où les convulsions ont été prédominantes. Enfin, d'après Sée et plusieurs auteurs, le nystagmus est plus fréquent qu'on ne le pense après les accès épileptiques. On a signalé également des strabismes passagers. Mais ce qui nous a surtout frappé c'est l'hémiplégie avec ou sans aphasie qui peut survenir dans les accès nombreux et répétés et surtout la marche et l'évolution postérieure de ces accidents dont nous avons déjà dit un mot sommaire un peu plus haut.

L'hémiplégie qui n'est pas extrêmement rare, se produit généralement pendant une série d'accès, dans un état de mal le plus souvent. Elle a déjà été signalée par les auteurs ; dans un cas nous l'avons vue persister pendant un mois et demi ; il est vrai que dans ce cas l'état de mal a duré lui-même à peu près un mois. D'autres fois elle ne dure que quelques jours. Mais le plus surprenant, c'est qu'à l'autopsie, comme nous avons pu nous en convaincre, on ne retrouve pas la moindre trace anatomique de cet accident ; pas de points ramollis, jamais de foyers hémorragiques anciens ou récents. On est d'ailleurs, nous semble-t-il; obligé d'admettre que cette hémi-

plégie doit être d'origine corticale et due à un trouble dynamogénique des cellules de l'écorce ou à des lésions microscopiques inflammatoires de ces mêmes cellules. Voici d'ailleurs trois observations dont nous rapportons quelques passages relatifs à ce sujet :

Vaud..., dix-neuf ans (déjà citée dans ce travail).

En février 1893, elle a 238 accès épileptiques ; elle reste en état de mal avec forte élévation de température pendant tout ce mois. Au cours de cet état de mal elle devient hémiplégique droite et aphasique.

Le côté hémiplégié est complètement flasque, mais il prend part aux convulsions comme le gauche dans les accès.

Le 10 mars les accès se sont espacés et la température est descendue à 37°,8, le bras a retrouvé presque tous ses mouvements et presque toute sa force, la jambe seule reste atteinte.

A partir du 15 mars elle marche en traînant la jambe, puis tout disparaît à peu près. Depuis un mois environ la démarche est un peu spasmodique surtout du côté droit ; la pointe du pied ne se détache pas du sol et la progression est un peu sautillante ; toutefois ces symptômes sont très peu marqués.

Le 20 janvier 1894, nous examinons de nouveau cette malade au lit. Il y a un peu de raideur des membres inférieurs, les cuisses sont rapprochées, les genoux se touchent et les pieds étendus ont la pointe tournée en dedans. Les mouvements voulus se font assez bien. Au palper, on ne trouve pas d'atrophie musculaire, pas de réaction de dégénérescence à l'excitation électrique, mais dès qu'on touche la malade la contracture spasmodique s'accuse notablement. Les réflexes patellaires sont très exagérés. Trépidation épileptoïde des deux côtés.

La sensibilité cutanée est obtuse mais conservée sur toute la surface du corps. Les réflexes plantaires sont affaiblis ; les membres supérieurs ne paraissent pas très atteints. Pas de mouvements athétosiques, pas de raideur. Il y a seulement exagération des réflexes tendineux. La physionomie est empreinte d'hébétude et de tristesse. Les deux pupilles sont égales et réagissent normalement ; il n'y a pas de nystagmus. Les mouvements de la langue se font bien mais avec lenteur. Pas de troubles de la déglutition. L'obtusion intellectuelle est déjà avancée ; la malade traîne sur les mots, quelques-uns cependant sont prononcés très vite ; elle semble réfléchir longuement avant de répondre ; les mots sont mal prononcés et parfois employés les uns pour les autres : j'ai dix-neuf sous au lieu de dix-neuf ans ; cependant l'intonation persiste.

Cir..., vingt-six ans. *Épilepsie.*

Antécédents héréditaires. — Père mort de la variole à quarante

ans, alcoolique. Mère, bien portante, eut des frayeurs pendant sa grossesse. Cette enfant fut conçue pendant l'ivresse du père. Accouchement normal à terme.

Antécédents personnels. — Convulsions à dix-huit mois. Vertiges épileptiques à six ans. A partir de neuf ans, elle a des accès. Dans une série de crises elle eut une hémiplégie gauche qui se modifie rapidement ensuite tout en laissant ce côté plus faible. Dans la période clonique les mouvements sont plus marqués à gauche qu'à droite.

Depuis 1890, la malade traîne la jambe en marchant. Vers la fin de 1892, elle a commencé à avoir nettement le démarche spasmodique. En 1893, la marche se fait par des petits pas sautillants, les jambes restant raides; il semble qu'elle va tomber en avant. Examinée à son lit, en janvier 1894, elle a les jambes spasmodiquement contractées en extension, les cuisses sont rapprochées les genoux en contact, les pieds un peu étendus et la pointe tournée en dedans. Cette raideur diminue sans disparaître dans certains mouvements voulus, mais dès qu'on l'examine et qu'on la touche, la contracture spasmodique s'exagère.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés, il y a de la trépidation épileptoïde et quelquefois un tremblement continuel qui se généralise. Pas d'atrophie musculaire. La sensibilité est diminuée, les réflexes plantaires n'existent pour ainsi dire pas.

Les muscles supérieurs sont également raides surtout quand on les touche; les réflexes tendineux sont aussi exagérés. Quand on lui demande d'exécuter un mouvement donné, elle le fait, mais accompagné d'une série d'autres qui ne paraissent avoir aucun but. La motilité de la langue n'est guère gênée. Pas de trouble de la déglutition, pas de nystagmus; les pupilles réagissent bien. De temps en temps, il y a du rire spasmodique. L'intelligence est très atteinte. La malade semble réfléchir longtemps avant de répondre. La parole est hésitante; les mots sont traînés par syllabes et mal prononcés, puis soudain elle dit deux ou trois mots très vite comme mue par la détente d'un ressort. L'intonation a presque complètement disparu.

Mart..., vingt-six ans. *Epilepsie.*

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse, pas d'autres renseignements, accouchement normal à terme.

Antécédents personnels. — Rien jusqu'à douze ans, pas de convulsions de l'enfance. Première crise épileptique à douze ans après, avoir eu peur d'un homme ivre. A la suite de cet accès elle fit une fugue; depuis les attaques n'ont fait qu'augmenter en nombre et en intensité. En 1891 vers le mois de décembre, cette malade en état de mal est frappée d'hémiplégie droite avec aphasie passagère. Cet

état dura à peu près quinze jours; les accès disparus, les troubles de la parole s'amendèrent et vers le 10 janvier 1892, elle commença à marcher seule, mais en traînant la jambe, puis tout disparut à peu près. Quelques mois après, cette malade présentait de la démarche spasmodique; les reflexes tendineux étaient exagérés et on constatait déjà un peu de raideur spsasmodique. Depuis cette époque tous ces symptômes se sont aggravés. Enfin, depuis le mois de septembre 1893, la rigidité est devenue telle que la malade doit rester au lit, ne pouvant plus marcher, ni se tenir debout ou assise.

En octobre 1893 elle fit un ictère très intense de cause indéterminée. Depuis quelques mois elle était gâteuse.

En janvier 1894 examinée à son lit, la malade a une attitude spéciale : les muscles inférieurs sont complètement rigides, les cuisses en adduction forcée, les jambes en extension, les pieds en pieds bots varus équin. Cette rigidité est presque invariable. On peut parfois fléchir le genou et constater une exagération considérable des reflexes rotuliens. Quand on fait mouvoir progressivement les membres inférieurs, cette rigidité extrême disparaît peu à peu pour reparaître avec la même intensité aussitôt qu'on les abandonne. Les muscles du tronc sont également contracturés ainsi que ceux de l'abdomen. Les membres supérieurs sont moins atteints, ils sont cependant raides; les avant-bras sont en demi-flexion, les poignets tantôt étendus, tantôt fortement fléchis ; les doigts se placent en extension forcée dans des positions bizarres et variables. Cette extension est telle que la phalange des index commence à se luxer sur le métacarpien.

Le reflexe olécranien est aussi exagéré; la sensibilité est obtuse mais persiste. Quant à l'expression par la parole, elle est réduite à son minimum. La malade prononce très mal les quelques mots oui, non, monsieur, qui restent encore à sa disposition. Il y a de temps en temps du spasme laryngé avec inspiration bruyante et rauque; notons encore du rire spasmodique à certains moments. La déchéance intectuelle est complète chez cette malade qui est actuellement tout à fait démente.

Ainsi voilà trois malades qui ont été atteintes d'hémiplégie de la même façon à des époques différentes et qui en sont à des degrés divers de leur évolution.

Au début l'hémiplégie est complète, mais les mouvements convulsifs se produisent cependant du côté atteint. Cet état est d'une durée variable; ensuite il rétrocède progressivement laissant seulement de la faiblesse musculaire de ce côté et parfois même rien ne persiste; puis au bout d'un certain temps la marche devient irrégulière. Les malades traînent la jambe et ne peuvent détacher le pied du sol; ils ont la démarche spas-

modique, plus accusée du côté qui fut pris. Vient-on à rechercher des réflexes? Tous sont déjà exagérés, sauf toutefois les réflexes plantaires. C'est qu'en effet chez les épileptiques la sensibilité devient de plus en plus obtuse comme nous l'avons dit.

Lorsqu'on examine ces malades au lit, on leur trouve les jambes raides légèrement atteintes de contraction spasmodique et cette contraction augmente dès qu'on les touche. Les membres inférieurs sont étendus, les cuisses en adduction, les genoux sont en contact et les jambes divergent un peu; les pieds sont étendus et commencent à esquisser l'aspect de varus équin. On trouve un peu de trépidation épileptoïde des deux côtés. Les membres supérieurs ne sont pas encore atteints, mais les réflexes tendineux y sont déjà quelque peu exagérés.

L'intelligence est passablement atteinte; l'idéation est lente et paresseuse; les malades ont l'air abruti. Ils ne trouvent plus leurs mots et répondent avec difficulté employant quelquefois un mot pour un autre. La parole est traînante et hésitée, la prononciation défectueuse, mais cependant l'intonation y est encore; c'est ce que nous avons dit dans l'observation de Vaud... Plus tard tous ces phénomènes s'accusent de plus en plus, mais non d'une façon régulièrement progressive; il semble que les choses marchent par saccades sous l'influence de nouveaux accès en séries surtout ou d'un nouvel état de mal, comme d'ailleurs la démence épileptique simple. La démarche est scintillante, les pieds traînants sur le sol sans que la pointe s'en détache et les malades progressent à petits pas précipités et les jambes raides. Au lit les cuisses sont rapprochées par la contracture spasmodique des adducteurs, les genoux se touchent, les pieds sont en varus équin bien net. Les réflexes tendineux sont considérablement augmentés même aux nombres supérieurs : il y a de la trépidation épileptoïde bien accusée. Les bras moins pris toujours que les jambes sont contractés en demi-flexion. L'intelligence est tombée bien au-dessous de ce que nous disions tout à l'heure; ces malades marchent vers la démence épileptique. L'intonation de la parole persiste encore un peu, mais les réponses sont traînées syllabe par syllabe, puis soudain deux ou trois mots partent brusquement prononcés et cela très vite, comme sous l'influence d'un ressort qui se détend. On peut déjà voir apparaître un peu de rire spasmodique de temps à autre. C'est le tableau que présente actuellement la malade Cir... Plus cet état s'aggrave par poussées successives,

plus la marche devient difficile; elle finit par être complètement impossible. Tous les phénomènes que nous relations tout à l'heure sont à leur maximum. La contracture spasmodique toujours plus marquée aux membres inférieurs entraîne de l'adduction forcée des cuisses : les pieds tendent à devenir des pieds bots véritables.

Les membres supérieurs sont demi-fléchis, le poignet est en flexion forcée et les doigts en extension avec des positions bizarres. La position de la malade fait penser au premier abord aux athétoses doubles. Les muscles du tronc ne sont pas épargnés eux non plus. Ce qu'il y a de remarquable c'est que d'une part cette contracture spasmodique augmente dès qu'on touche les malades et il semble alors que l'on pourrait les prendre par les pieds et les soulever tout d'une pièce horizontalement. D'autre part, si l'on parvient à vaincre la contracture spasmodique, on fait mouvoir le membre de plus en plus facilement sans que jamais il y ait de manifestations douloureuses, et bientôt on voit la contracture faire place à la plus entière souplesse. Ceci rappelle un peu ce que l'on voit dans la maladie de Thomsen, mais avec cette différence que cette contracture diminue non pas dans les mouvements volontaires mais dans les mouvements provoqués. Le facies est profondément hébété. Il y a du rire spasmodique plus ou moins prolongé sans motifs et la physionomie peut revêtir un air béat ou un aspect sardonique et diabolique. Il y a des troubles de la déglutition très marqués; parfois le spasme laryngé donne lieu à une inspiration bruyante. L'obtusion intellectuelle est complète et est véritablement de la démence. Les mouvements de la langue persistent, mais sont faits lentement, et par saccade. La parole est de plus en plus gênée et les malades ne prononcent plus guère que : *oui*, *non* et quelques mots faciles. Encore les prononcent-ils très mal et sur un ton monotone. L'intonation a disparu. C'est le cas de la malade Mart...

Tout cela évolue nous l'avons dit en deux ou trois ans environ et par poussées successives. Nous n'avons observé cela que chez les épileptiques ayant fait une hémiplégie corticale dans un état de mal, et l'hémiplégie semble avoir marqué le début. Chez les autres épileptiques on voit bien le trouble de l'intelligence progresser aussi par poussées et arriver à cette même démence terminale; mais ce tableau clinique du tabes spasmodique, de la diplégie cérébrale n'existe pas. Ces malades sont

évidemment des spasmodiques au plus haut degré; leur aspect clinique tout à fait frappant et caractéristique fait penser à la diplégie cérébrale (maladie de Little) dans ses formes tardives ou tabes spasmodique de Erb et Charcot, formes de l'adulte.

On sait en effet depuis les recherches de l'accoucheur anglais, que ces tabes spasmodiques sont assez fréquents dans l'enfance et relèvent d'un accouchement prématuré ou d'un accident obstétrical dans l'accouchement à terme. Depuis MM. Rosenthal, Sig. Freud, Lannois, Marie, Marfan et Raymond ont repris la question et ont contribué à la mettre au point[1]. Mais Erb et Charcot, comme l'a fait justement remarquer M. Brissaud dans une très intéressante leçon faite à la Salpêtrière le 19 janvier 1894, ont montré des cas où le tableau clinique de la diplégie cérébrale apparaissait tardivement chez l'adulte. Ils ont séparé ces cas de ceux qui surviennent dès l'enfance et peuvent relever des causes invoquées par Little. M. Brissaud pense avec plusieurs auteurs que ces diplégies cérébrales, liées à l'arrêt de développement ou à la dégénérescence des faisceaux pyramidaux ne peuvent pas toujours être mis sur le compte d'un accouchement prématuré ou d'un accident obstétrical. Combien d'enfants nés avant terme ou dont l'accouchement fut laborieux, n'ont pas de diplégie cérébrale? Et du reste il est des sujets, atteints de cette affection, qui ne présentent dans leurs antécédents rien de semblable à ce que Little met en avant. Pourquoi d'ailleurs ces symptômes n'apparaîtraient-ils chez certains sujets que vers quinze ans, vingt ans, et plus? Chez un des malades présentés par M. Brissaud dans sa leçon, la diplégie cérébrale, le tabes spasmodique ont commencé à dix ans, à la suite d'une maladie infectieuse, la rougeole.

On comprend facilement, nous semble-t-il, qu'une maladie infectieuse quelconque, à n'importe quel âge, puisse déterminer des symptômes de cet ordre. M. Marie a insisté sur l'action de ces maladies infectieuses dans certaines maladies : paralysies spasmodiques infantiles. N'y a-t-il pas ici quelques analogies avec ces faits? Pour nous, nous sommes portés à croire que les choses se passent ainsi et cette explication nous semble tout au moins logique. Nous verrons tout à l'heure dans la pathogénie que l'état de mal avec son élévation de température et son ensemble symptomatique peut être considéré comme le

[1] On trouvera de nombreux cas dans les quatorze volumes de nos Compte-rendus de Bicêtre et dans les thèses de nos élèves. (B.)

résultat d'une infection. C'est donc une véritable maladie infectieuse, qui peut très bien, à notre avis, déterminer une hémiplégie ou une diplégie et même une paraplégie corticales et entraîner plus tard les symptômes de tabes spasmodique que nous voyons chez les malades précédemment cités. L'état de mal agirait donc comme la rougeole, la variole ou toute autre maladie infectieuse. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

APHASIE TRANSITOIRE OBSERVÉE AU COURS D'UNE PNEUMONIE GRIPPALE;

Par le Dr PAILHAS (d'Albi).

Esp... 28 ans, maçon, sujet impressionnable ayant eu, comme seuls accidents morbides jusqu'à cette dernière atteinte, des convulsions et la coqueluche en bas âge. Rien de spécial à signaler dans les antécédents héréditaires. Déjà mal en train depuis quelques jours, quoique vaquant à ses occupations spéciales de maçon, le malade doit garder le lit, à partir du 15 février. A ce moment, la toux assez légère dans les jours précédents augmente d'intensité, en même temps que surviennent des frissons, des douleurs de tête et de reins. Un confrère d'Albi, le Dr Guy, constate, le 17 février, de la bronchite généralisée avec congestion de la base droite et rapporte cet ensemble symptomatique a l'épidémie d'influenza encore régnante. En outre, l'entourage ordinaire du malade constatait à cette même époque, des crises transitoires d'aphasie, plusieurs fois répétées dans les vingt-quatre heures, sans heures de retour fixes et d'une durée variant entre quelques minutes et quelques heures. Cette aphasie incomplète se traduisait par la difficulté qu'avait le malade à articuler les mots, de telle sorte que son langage devenait fort peu intelligible. En même temps que ces troubles de l'articulation se présentaient de l'engourdissement et des fourmillements dans le membre supérieur droit, depuis le coude jusqu'aux extrémités des doigts. Cet état qui survenait aux mêmes moments que la crise aphasique, pour disparaître avec elle, était péniblement supporté par le patient qui réclamait pour cela des frictions. Toutefois les fourmillements et l'engourdissement cessaient de se produire au bout de trois jours, tandis que l'aphasie augmentait de

durée de façon à devenir permanente trois ou quatre jours après sa première apparition. Notons que déjà M. le Dr Guy avait pu se rendre compte du caractère de l'aphasie et bien constater que nulle parésie n'accompagnait ce trouble de la parole. C'est le 27 février seulement qu'il m'est donné de voir ce malade : son facies traduit la fatigue, voire même un certain état d'anxiété avec dypsnée et fréquence du pouls. L'examen du cœur ne révèle que la rapidité de ses mouvements. Du côté du poumon, congestion pneumonique de tout le côté droit, plus accusée vers sa base; le côté gauche est surtout occupé par des restes de bronchite. Le malade parle lentement et difficilement quand on l'interroge; certaines lettres ne peuvent être prononcées et son langage ressemble à celui d'un enfant qui s'essaie à parler, compris seulement des personnes de l'entourage ordinaire. La langue n'est pourtant pas déviée et ne présente pas de trémulation adynamique. Les pupilles sont normales ; même vigueur dans les membres supérieurs droit et gauche. Notre malade saisit très nettement le sens de ce qu'il lit, mais n'articule pas mieux les mots lus que ceux qu'il prononce de lui-même ou après les avoir entendus. Selon lui (et cela est bien confirmé par sa femme) les troubles de prononciation sont moindres lorsqu'il s'est abstenu de parler durant quelques heures ; les premières phrases sont alors plus distinctes, mais l'épuisement de la fonction arrive vite.

Le 28 février, la dyspnée persiste. Esp... écrit lentement et péniblement sous la dictée quelques mots révélateurs d'un état d'agraphie manifeste et paraissant, tout comme l'aphasie, s'accentuer à mesure que le malade écrit. Ainsi, tandis que dans un premier mot (maçon) l'une des lettres est omise, que le deuxième (papa) est correctement écrit, il n'est plus possible de rien distinguer d'un troisième (pantalon).

Le 2 mars, la gêne respiratoire est augmentée en même temps que la congestion du côté droit est plus étendue et que du souffle et des râles fins occupentle sommet gauche. L'état général est de plus en plus mauvais, bien que le malade ait conservé sa lucidité. Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine. Mort dans la nuit du 3 au 4 mars.

Cette observation, qui peut bien être rangée au nombre des cas d'aphasie transitoire pneumonique signalés par MM. Chantemesse et Mouysset, offre en outre la particularité intéressante de son origine influenzique. Sans s'arrêter à l'idée d'une hystérie ou d'un alcoolisme, peu admissibles ici en tant que cause suffisante, il est à présumer que la grippe a joué chez ce malade un rôle prépondérant par son action essentiellement modificatrice des centres nerveux.

CAS DE CHORÉE DE SYDENHAM RAPIDEMENT GUÉRIE PAR LES BAINS ÉLECTROSTATIQUES;

Par le Dr L.-R. REGNIER,
Ancien interne des Hôpitaux.

L'étiologie de la chorée de Sydenham chez les enfants est encore l'objet des discussions des spécialistes et il faut dire à la vérité que le problème n'est pas toujours facile à résoudre; l'observation ci-dessous, intéressante à plus d'un titre, en sera la preuve.

Le 21 octobre 1894, je fus appelé auprès de Mlle Jeanne A..., âgée de neuf ans qui souffrait de douleurs rhumatismales articulaires depuis environ une semaine. Le gonflement, la chaleur, la rougeur, la douleur à la pression et dans les mouvements ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. Il y avait déjà eu deux ans auparavant une crise semblable avec endocardite légère dont il est resté des traces car on entend à l'auscultation un souffle systolique légèrement râpeux à la pointe. A la suite d'applications de teinture d'iode sur les articulations, d'enveloppement ouaté et d'un traitement interne par le salicylate de soude, les douleurs diminuent assez rapidement. Je revois la malade le 6 novembre, sa mère me dit qu'elle est prise la nuit de secousses nerveuses qui la projettent hors de son lit. En examinant l'enfant, je constate aussi certaines grimaces de la face, et un léger désordre dans les mouvements des membres supérieurs. Deux jours après la chorée est nettement déclarée; l'ataxie des mouvements de tous les membres est complète et a même envahi les muscles de la déglutition et de la phonation, la malade avale avec beaucoup de peine et les sons qu'elle profère sont inintelligibles. Le désordre des mouvements est tel que, pour la maintenir dans son lit la nuit, sa mère est obligée de l'attacher avec une camisole de force.

Le 9 novembre, premier bain statique de trente minutes. La malade est tellement agitée qu'on doit la lier sur le tabouret pour qu'elle y puisse rester.

10 novembre. Après le premier bain statique, la nuit a été un peu plus calme mais les mouvements choréiques des membres, du pharynx et du larynx sont toujours aussi accentués. Le traitement est continué tous les jours.

Le 21 novembre la malade est plus calme. Elle a encore quelques secousses la nuit dans son lit mais il n'est plus nécessaire de

l'attacher. La déglutition est un peu plus facile, la voix un peu plus distincte. Le traitement quotidien par les bains statiques est encore continué.

Le 1er décembre, la malade est assez tranquille pour qu'il ne soit plus nécessaire de l'attacher sur le tabouret. La chorée a quitté les membres inférieurs, le pharynx et le larynx. Les muscles de la face et les membres supérieurs, surtout le droit, sont encore pris. La malade n'est plus soumise au bain statique que tous les deux jours.

15 décembre. Les mouvements choréiques s'affaiblissent de plus en plus. Il y a une légère paralysie du bras gauche; pendant le bain statique quelques étincelles sont tirées du bras.

21 décembre. Le traitement a été continué tous les deux jours, la malade va de mieux en mieux. Encore quelques mouvements choréiques de la face, la paralysie du bras gauche a tout à fait disparu. Le traitement est encore continué deux fois par semaine dans le courant de janvier. Mais la malade ne présente plus que des signes très faibles de chorée. Je la revois une fois par semaine pendant le mois de février; le bon état s'est maintenu tel que depuis la fin de janvier j'ai pu autoriser la rentrée de l'enfant à l'école.

Les deux points importants de cette observation sont : 1° l'influence du traitement électrostatique ; 2° l'étiologie complexe de la maladie.

1° On sait que souvent la chorée même dans des formes graves comme celle-ci guérit spontanément, aussi est-il difficile d'apprécier la valeur d'un traitement. Je puis dire cependant que dans le cas présent, dès le premier bain statique l'effet a été manifeste et a produit un calme relatif pendant trois ou quatre heures, puis petit à petit à la suite de chaque bain la chorée a diminué. Contrairement aux usages généralement établis en France, j'ai appliqué comme Stein les bains électro-statiques tandis qu'ici on se sert surtout des courants continus. Je crois cependant par ce que j'ai vu autrefois pendant que j'étais l'externe de mon très regretté maître le professeur Charcot, que les bains statiques donnent dans ces cas de meilleurs résultats, leur action se diffusant davantage dans le système nerveux central ;

2° Voici maintenant en quoi l'observation est intéressante au point de vue étiologique : Mlle Jeanne A... est la fille d'un père arthritique et d'une mère nerveuse, qui a elle-même eu une attaque de chorée pendant son enfance, cette attaque a duré

six mois. Une tante de l'enfant également nerveuse a eu aussi de la chorée et présente des poussées d'urticaires très fréquentes surtout au moment de ses règles. Le grand-père est mort d'une hémorragie cérébrale et était goutteux. Un oncle bien portant appartient aussi à la grande famille des arthritiques, il est légèrement obèse.

L'enfant en dehors de sa chorée n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Elle ne présente ni anesthésies, ni hyperesthésie ovarienne, ni rétrécissement du champ visuel. Elle se trouve, au point de vue de l'âge et du sexe, dans la règle puisque c'est de six à dix ans et surtout chez les filles qu'on rencontre la chorée. Au point du vue de l'hérédité névropathique, elle présente l'hérédité similaire puisque sa mère et sa tante ont également présenté de la chorée.

On ne trouve chez elle aucune trace d'hystérie non plus que chez sa sœur âgée de douze ans.

Mais le point le plus intéressant chez cette malade c'est la relation étroite de la chorée avec le rhumatisme, qui fait que les partisans de l'origine rhumatismale de cette maladie le rangeraient évidemment dans leurs statistiques. Je ferai remarquer cependant contre cette manière de voir si bien soutenue par G. Sée, H. Roger, Archambault qu'une première attaque de rhumatisme n'a été accompagnée chez cette malade d'aucune manifestation choréique et je crois qu'il y a lieu de citer ce cas à l'appui de la doctrine formulée en ces termes dans ses *Leçons du mardi* par le professeur Charcot : « C'est toujours la combinaison de l'arthritisme avec les maladies nerveuses... Il est évident que le rhumatisme articulaire joue dans ces cas par rapport à la chorée le même rôle d'agent provocateur que joue la syphilis par rapport à l'ataxie locomotrice... Il n'y a pas de chorée méritant d'être appelée rhumatismale dans l'acception rigoureuse du mot. »

On ne doit pas, je crois, considérer, avec Roger la chorée comme une simple localisation cérébro-spinale du rhumatisme et je partage avec Comby l'opinion que la chorée est une névrose, que le rhumatisme n'agit qu'en affaiblissant l'organisme et qu'il ne peut, comme d'autres maladies aiguës provoquer la chorée qu'à la condition de rencontrer un terrain propice : le *tempérament nerveux*. C'est du moins ce que me semble démontrer cette courte observation.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLV. Plaie pénétrante de la base du crane; amnésie consécutive; par H. Abel et W. Colman. (*British. Medical Journal*, 1895.)

Un chauffeur de locomotive fait une chute si malheureuse que le long bec de sa burette de graissage (tube de 0.20) pénètre dans le crâne en enlevant une rondelle d'os qui obture son extrémité, transformant ainsi ce tube en corps contondant: tronc de cône légèrement incurvé ayant 6 millimètres de diamètre.

Plaie cutanée à la joue droite, ouverture d'un trajet presque vertical légèrement oblique en dedans et en arrière, traversant la fosse zygomatique, pénétrant dans le crâne à travers la grande aile du sphénoïde, et traversant la capsule interne droite au niveau du genou; direction supposée d'après les résultats fournis, en enfonçant dans des crânes le bec de la burette.

Au moment de l'accident, perte de connaissance de quelques minutes, mais *conservation de la mémoire*, car au moment de le mettre sur la civière, il demanda son veston qu'il avait laissé sur la machine. Pas d'hémorragie, soit par le nez, la bouche ou les oreilles. Trépidation et secousses dans les membres, surtout du côté gauche, qui disparurent après l'extraction du corps vulnérant, mais il y avait, à ce moment (une heure après l'accident), paralysie fuciale *gauche*, paralysie totale du bras *gauche*, parésie de la jambe gauche. Pas trace d'hémianesthésie, mais le malade tombe dans l'assoupissement, dans un état demi-conscient, il ne répond qu'à peine et aux questions les plus simples.

Les deux pupilles contractées, la droite un peu plus que la gauche, mais le réflexe pupillaire conservé. Pas d'anesthésie du côté gauche. Du côté droit, anesthésie complète de la région sourcilière et des deux paupières, plus une petite plaque anesthésique au-dessus et en dedans de la plaie cutanée de la joue. La semaine suivante, conjonctivite droite avec petite ulcération cornéenne qui finit par guérir. Odorat et gustation intacts. Au bout de quelques jours, la paralysie diminue, mais les régions anesthésiées persistèrent et ont persisté.

Etat mental du blessé. — Pendant les quinze premiers jours, assoupissement continuel, mais éveillé, il répondait aux questions souvent d'une façon incorrecte, quoiqu'il parût les comprendre.

Il ne reconnaissait ni sa femme, ni ses plus vieux amis, et se

méprenait sur la nature des objets les plus vulgaires. Ainsi, il but plusieurs fois son urine, croyant boire de l'eau, et croquait des morceaux de glace, disant que c'étaient des bonbons; de même, quelques jours après, un de ses compagnons d'atelier fut blessé et mis dans le lit voisin du sien, il ne le reconnut pas.

Il s'était produit dans sa mémoire *une lacune* pour les vingt années précédant l'accident, il assurait n'avoir jamais été chauffeur de chemin de fer et être garçon de ferme, ce qui était son premier métier.

Il avait perdu tout souvenir de l'accident, et il ne l'a jamais retrouvé.

Un an après : l'hémiplégie gauche, quoique diminuée, était manifeste au bras et à la face; quelques trépidations et des mouvements rythmiques de flexion dans les doigts, mais ne rappelant en rien ce que l'on voit dans l'athétose. Pas d'anesthésie, sensibilité très nette et localisation parfaite des excitations cutanées par le chaud, le froid, etc., etc.

Du côté droit, pas trace de paralysie, mais anesthésie totale des territoires innervés par les nerfs sous-orbitaire et nasal. — Anesthésie complète de la cornée. La petite plaque anesthésique à la joue droite avait également persisté. — Goût et odorat intacts. — Fonds des deux yeux normaux. — Pas d'hémianopsie, mais champ visuel un peu rétréci pour le blanc (puis le rouge, le vert et le bleu). Le blessé est devenu très gras.

Son état mental présentait quelques particularités intéressantes : apathie et indolence, pouvoir modérateur de ses impressions très diminué; pour un rien, il crie ou il éclate de rire indifféremment, sans que cela puisse être rapporté à l'expression d'un sentiment triste ou gai provoqué par la question faite. De temps à autre très irritable, mais pas violent. La mémoire s'est améliorée, la lacune dans les souvenirs s'est réduite de vingt à cinq ans avant l'accident, au moins pour les événements les plus importants de sa vie. Il a aussi perdu tout souvenir des deux premiers mois passés à l'hôpital, on ne saurait retracer les étapes de ce retour partiel de la mémoire, mais il est probable que les visites fréquentes de ses amis, lui parlant du passé, y ont fortement contribué. Mais sa mémoire actuelle est très faible ; s'il sort de chez lui, il ne sait pas retrouver sa route, ou bien il ne reconnaît pas sa maison, il oublie l'usage d'une foule d'objets.

Il n'y a jamais eu d'aphasie, ni de difficulté dans le langage, ce sont plutôt les idées que les mots qui semblent lui manquer. Il raisonne assez bien, mais à cause de son amnésie partielle, il arrive à des conclusions incorrectes. Exemple : il habite une maison construite par la Compagnie pour ses employés, mais il ne se souvenait plus d'y avoir travaillé pendant cinq ou six ans, il prétend qu'il n'a pas le droit d'y rester, et insiste auprès de sa femme pour quitter cette maison avant que la Compagnie ne vienne l'ennuyer

pour cela. Cet état mental s'accuse de plus en plus, d'abord il n'y avait que de la perte de mémoire, mais depuis peu, il agit et prend des déterminations basées sur ses souvenirs faux ou imparfaits.

Localisation de la blessure : L'expérimentation sur plusieurs crânes, la nature des symptômes, font penser à une lésion de la capsule interne. La paralysie, limitée d'emblée au bras et à la face, montre que le traumatisme a porté sur la partie antérieure du faisceau moteur; l'absence d'hémianopsie et de tout symptôme sensoriel du côté gauche montre aussi que la partie postérieure de la capsule n'a pas été touchée.

Il est difficile, pour ce qui touche l'état de la mémoire, de faire autre chose que des suppositions; certes, il y a dû avoir du ramollissement inflammatoire autour des parties lésées dans la partie antérieure de la capsule; mais cela ne détermine pas très bien où et comment, en s'étendant à la partie antérieure du faisceau psychique, cette inflammation aurait coupé les communications intracérébrales entre les centres sensoriels intacts et ceux placés dans les lobes frontaux, car l'amnésie n'existait pas immédiatement après l'accident. Dr G. Bédart.

XLVI. Monoplégie hystérique du grand dentelé; par le Dr Verhoogen.

Observation intéressante de paralysie du grand dentelé gauche survenue brusquement chez une femme de trente-trois ans.

Lorsque les bras sont pendants, l'omoplate gauche s'écarte du tronc, et dans l'espace qu'il laisse libre, on peut, en refoulant la peau, introduire toute la main.

L'angle inférieur de l'omoplate est plus rapproché de la ligne médiane que celui du côté sain, l'élévation verticale du bras est impossible, et la malade ne peut dépasser la ligne horizontale. Partout ailleurs la motilité est normale.

Au membre supérieur gauche, hypoesthésie pour le courant faradique seulement. Au dos, dans une région dépassant un peu en étendue la surface de l'omoplate, il y a anesthésie absolue pour le courant faradique. Anesthésie pharyngienne.

Amélioration considérable sous l'influence des bains statiques avec étincelles sur le bras et l'épaule malades.

En somme, bien que toutes les formes de monoplégies hystériques soient possibles, la paralysie du grand dentelé est certainement une des moins fréquentes. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XLVII. Contribution a la pathogénie de l'amyotaxie (*mouvements involontaires dans différentes maladies organiques du système nerveux*); par Rossolimo.

Ce travail a pour but l'étude des mouvements convulsifs involontaires des muscles des extrémités inférieures qui, dans un très petit

nombre de cas de tabes, ont été désignés sous les noms d'athétose, de mouvements athétoïdes ou choréiques, de contractions trépidatoires des tabétiques, etc. C'est non seulement à la singularité mais encore à la grande variété de formes sous lesquelles se manifestent les contractions convulsives chez les tabétiques, qu'il faut attribuer la diversité des termes dont se servent les auteurs pour les désigner.

Quels sont donc les rapports de ces mouvements dits athétoïdes ou choréiformes avec le tabes auquel la plupart des auteurs, considérant cette maladie comme une affection spéciale des cordons postérieurs de la moelle épinière, les rapportent comme faisant partie des symptômes tabétiques?

Or, pendant ces dernières années, il a été décrit quelques cas analogues d'hyperkinèse dans la névrite périphérique ; d'autre part on sait que dans la lésion simultanée des cordons postérieurs et latéraux, les contractions involontaires, bien qu'ayant une apparence tonique plus ou moins marquée, s'observent dans la plupart des cas ; enfin, dans beaucoup cas de cas de mouvements athétoïdes décrits dans le tabes, décrits par les auteurs, on n'a pas fait attention à l'état des nerfs périphériques, quoique, à en juger par l'histoire des maladies décrites, on puisse dans ces cas soupçonner la névrite.

Ces diverses considérations portent l'auteur à admettre que, pour que les mouvements involontaires se manifestent chez les tabétiques, il est indispensable que, outre la lésion de l'appareil sensitif, il existe encore une lésion de l'appareil moteur. En cas de modifications simultanées des cordons latéraux, c'est le caractère tonique qui doit dominer, tandis que, pour que les mouvements cloniques apparaissent, il est indispensable qu'il y ait lésion simultanée des fibres motrices périphériques, comme on le voit pour les névrites périphériques multiples.

Enfin l'auteur propose la dénomination d'amyotaxie pour désigner par une expression courte le syndrôme qui a été décrit, sous le nom de « mouvements athétoïdes et choréiformes » dans l'ataxie. Dans ce nom d'amyotaxie on doit donc comprendre les contractions convulsives involontaires et de caractère réflexe qui accompagnent parfois l'ataxie et qui ont pour base aussi bien les affections des régions sensitives que celles des régions motrices du système nerveux et, le plus souvent, les névrites multiples. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XLVIII. Athétose double; par les Drs Brissaud et Hallion.

Certaines formes de l'athétose double et de la chorée chronique présentent un grand nombre de traits communs. Au demeurant, les symptômes mêmes qui les constituent ne suffisent pas à les

séparer d'une manière bien tranchée. Ainsi qu'en témoignent un certain nombre d'observations rangées, les unes dans la catégorie des chorées, les autres classées sous le titre d'athétose double, le passage s'établit, de l'un à l'autre groupe, par une dégradation insensible de nuances. A la limite, la ligne de démarcation n'apparaît point, c'est une fusion que l'on observe. Pour éviter tout embarras de désignation et pour marquer une confusion qui est dans la nature des choses, il serait préférable d'appliquer à ce syndrome complexe un terme lui-même complexe : on pourrait l'appeler syndrome athétoso-choréique.

L'observation, publiée par les auteurs, est un nouvel exemple des rapports étroits qui unissent l'athétose double et la chorée chronique. Il s'agit d'une malade qui présentait, depuis quinze ans, les signes d'une chorée chronique des membres, et chez qui survinrent des mouvements de la face ayant tous les caractères des troubles spéciaux à l'athétose. Cette malade appartient donc à la chorée par ses membres et à l'athétose par sa face. L'athétose double et la chorée chronique apparaissent ainsi comme deux syndromes, issus d'un même processus, dont l'évolution se poursuit longtemps encore après l'époque de sa première apparition. (*Revue neurologique*, juin 1893,) E. B.

XLIX. Malformation héréditaire des pieds et des mains; par Stewart Norwell et Ramsay Smith.

Chez le père et le fils les malformations consistaient dans la soudure de phalanges deux à deux, avec osselets intermédiaires, unissant l'extrémité des métacarpiens par exemple et l'extrémité des phalangettes.

Aux mains la soudure portait principalement sur le médius et l'annulaire symétriquement. Les auteurs libérèrent les doigts par une opération qu'ils décrivent et donnent un tableau généalogique intéressant de la famille de cet héréditaire. (*British Medical Journal*, 17 juillet). A. Marie.

L. Névrite multiple chez l'enfant; par Mackey.

C'est l'observation d'un enfant de six ans convalescent de rougeole qui fut atteint de névrite périphérique, d'origine infectieuse selon toute probabilité, simulant la paralysie de Landry; la netteté des symptômes sensoriels et l'absence de réflexes ainsi que les symptômes ultérieurs de paralysie ascendante permirent le diagnostic. (*British Medical Journal*, 25 août 1894.) A. M.

LI. Sclérose latérale amyotrophique; par W. Mott.

Étude d'histologie pathologique sur une femme âgée de trente-neuf ans, morte à Charing Cross Hospital.

La moelle entière fut examinée ; d'après les symptômes cliniques et l'état de la capsule interne ainsi que des pyramides, il semble que le processus morbide atteignit d'emblée tout le tractus moteur au lieu de s'être propagé de proche en proche ; les vaisseaux et le rein étaient également atteints de sclérose. (*British Medical Journal*, 22 septembre 1894, et *Brain*, octobre 1892.) A. M.

LII. Anatomie pathologique de la paralysie infantile ; par Trevelyàn. (*British Medical Journal*, 22 septembre 1894.)

Il s'agit d'un enfant de six ans atteint de paraplégie avec parésie du membre supérieur droit.

La lésion médullaire s'étendait à toute la moelle depuis la décussation des pyramides, particulièrement marquée aux renflements cervicaux et lombaires. Les éléments névrogliques et les cellules étaient altérés. Ces dernières particulièrement infiltrées au voisinage des vaisseaux ; la névroglie hyperthrophiée avait étouffé les fibrilles nerveuses et les cellules ganglionnaires particulièrement les cellules de la colonne de Clarke. Ces altérations paraissent plutôt en rapport avec une origine vasculaire et interstitielle. A. M.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXXII. La perversion de la sensation sexuelle ; par Sioli (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 5.)

Elle est le résultat d'un affaiblissement congénital de l'intelligence (dégénérescence) portant surtout sur un trouble de l'association des idées. Exemple : les premières sensations sexuelles vous poussent à l'onanisme. Or l'onanisme en soi résulte d'une manipulation dont les premiers mouvements sont douloureux ; ce n'est qu'à la fin qu'arrive l'éjaculation s'accompagnant de la sensation de plaisir. Donc la première association d'idées qui se rattache à l'onanisme est plutôt un concept de douleur, elle ne fait place à une association d'idées agréables que par suite de la terminaison de l'acte. Tout onaniste n'est donc un sexuel que par habitude (dans le sens physiologique d'excitation sexuelle). Tant qu'on est onaniste, on n'a pas la perception des éléments conceptuels représentant la femme considérée, sous le double point de vue moral et physique,

comme objet de plaisir sexuel. Il est donc facile de comprendre que si, à la jouissance matérielle, on allie des idées bizarres quelconques (bonnet de nuit, tablier, masochisme, sadisme) par suite d'un vice d'association d'idées on prend ainsi des habitudes vicieuses. La perversion résulte donc bien d'un vice d'association d'idées. P. KERAVAL.

XXXIII. UN CAS DE PSYCHOSE AVEC LÉTHARGIE DE SIX MOIS DE DURÉE; par O. BERKHAN. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L, 3-4.)

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans qui, après avoir présenté un faible développement physique et intellectuel, s'en va, au début de l'été de 1882, chez une parente dans un endroit voisin; elle retourne à la fin de l'année chez elle parce qu'elle commençait à être un peu effarouchée et à refuser de manger. Terrifiée, anxieuse, constamment assise, la tête contre le poêle, ne voulant plus ni manger, ni se coucher, elle tombe en léthargie au commencement de 1883. Cireuse, squelettique, excepté les joues qui sont un peu rouges; gangrène sacrée, momification des orteils si ce n'est le second orteil gauche; anesthésique. On la transporte le 26 juin 1883 au Marienstift de Brunswick. Un bain chaud paraît la ranimer le 28 juin; épistaxis le soir; elle se redresse, le 29 elle rit; du 6 au 7 juillet un peu d'agitation, quelques mots, réveil. Elle reprend peu à peu ses sens, ne se rappelle plus ce qui s'est passé, se dit fatiguée, raconte qu'elle a eu souvent des céphalalgies, de l'inappétence, qu'elle a été gelée et s'est approchée souvent du poêle chaud. En août, les forces sont revenues et les orteils nécrosés sont à peu près éliminés; elle urine au lit et dort douze heures par jour pendant quelques mois; perte totale de tous les cheveux. Deux ans après cette guérison, en septembre 1885, nouvelle attaque pendant onze mois. Mort dans l'été de 1886.

L'auteur conclut à l'hystérie. P. K.

XXXIV. DES FORMES DE L'ALIÉNATION MENTALE QUI ONT DÉTERMINÉ LES PROCÈS DE SORCELLERIE; par O. SNELL. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.* L, 3-4.)

Quelles sont les espèces de psychoses qui se sont montrées chez les victimes et les auteurs des procès de sorcellerie. Quelles maladies mentales ont occasionné les procès des sorciers. Voyons les cas dans lesquels des malades ont été inculpés, et ceux dans lesquels des malades, ayant accusé les autres de magie, ont trouvé créance.

Rareté des mélancoliques s'accusant eux-mêmes; le plus généralement les procès montrent que les accusés nient opiniâtrement; les juges avaient pour cette raison inventé le maléfice de taciturnité. Voici cependant deux sorcières mélancoliques et hallucinées (ouïe) avec tendance au suicide; il y a d'autres mélancoliques con-

damnées pour accointance avec le diable et quelques-unes allant se dénoncer.

En revanche, la folie systématique chronique et la mélancolie sont poursuivies par les tribunaux d'hérétiques et de sorcellerie. La manie est bien plus rare. L'épilepsie s'y voit parfois.

Mais il n'est pas exact de dire que la plupart des sorciers condamnés aient été aliénés. On ne doit pas davantage imputer la sorcellerie à des psychoses toxiques. Par contre, le nombre des accusateurs est notable. Les hallucinations de la sensibilité générale les porte à se dire tourmentés par des magiciens; ce sont ceux qui aujourd'hui accusent l'électricité et le magnétisme. Mais, par-dessus tout, l'hystérie c'est là la possession. P. K.

XXXV. Contribution a la connaissance de l'etiologie de la paralysie progressive, en tenant compte de la syphilis; par E. Hougberg. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L, 3-4.)

Très long mémoire basé sur 107 observations, la plupart avec autopsies. Analyse de l'ensemble des maladies mentales étudiées à l'asile de Lappviks de 1875-1892, soit : 1520 (861 hommes, 659 femmes), dont 107 (98 hommes, 9 femmes), soit 7,03, ont eu la paralysie générale. Eléments statistiques.

Conclusions : 1° La paralysie progressive, qui est de beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, sévit surtout sur la population des villes, mais non parmi les femmes de bonne condition; 2° l'importance étiologique de la syphilis pour la paralysie progressive, paraît être très grande, tandis que la syphilis ne joue aucun rôle important dans les autres formes de psychoses; 3° la paralysie progressive, qui apparaît surtout entre trente et quarante-cinq ans, ne se montre que quatre ou cinq ans après l'infection syphilitique ; 4° les symptômes de la syphilis qui précèdent un processus paralytique paraissent relativement bénins ; 5° en face de la syphilis, les prédispositions héréditaires, les causes physiques, l'excès d'alcool, les excès vénériens, et les traumatismes n'ont qu'une importance secondaire pour la paralysie progressive; 6° parmi les diverses formes de la paralysie générale, la forme maniaque est de beaucoup la plus fréquente, puis vient la forme démentielle, et finalement la forme mélancolique ; 7° le pronostic n'a été dans aucun des cas favorable. La durée de la maladie a été de quatre ans, dans 81,8 p. 100 de cas; de deux ans dans 43,4 p. 100 ; rémissions rares ; 8° la paralysie générale qui succède à la syphilis ne présente dans sa marche aucun symptôme spécial caractéristique de la syphilis ; 9° le traitement antisyphilitique n'a produit aucune amélioration ; 10° l'autopsie n'a pas non plus permis de constater d'altérations qui pussent être de nature syphilitique spécifique.

P. Keraval.

XXXVI. Contribution a la psychologie de la vie sexuelle; par M. Dessoir. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 5.)

Examen analytique de la sensation sexuelle non différenciée — de l'hétérosexualité — de l'homosexualité.

1° La *sensation sexuelle non différenciée* est l'instinct vague normal tel qu'il apparaît chez les garçons de treize à quinze ans et les fillettes de douze à quatorze ans. Si cet instinct reste vague, il est pathologique. Car l'expérience apprend ultérieurement à l'individu que le contact avec un corps humain chaud engendre l'éréthisme physique et psychique sans qu'au début la différenciation du sexe joue aucun rôle. A une autre période, probablement quand les sensations commencent à se concentrer dans les organes sexuels, les relations avec un sexe différent arrivent à prédominer. Mais il y a des cas dans lesquels cette deuxième phase de développement est très tardive ou ne s'installe même jamais avec décision (deux observations).

2° L'*hétérosexualité*. La sensation physique de l'excitation sexuelle se rattache à la construction et à un degré de développement spécial de l'organisme; c'est un processus physiologique involontaire. L'homme respire ou éjacule, qu'il en ressente ou non du plaisir, sans le vouloir. Mais voici qu'arrive la puberté, et, avec elle, l'apparition de sentiments plus élevés, parmi lesquels l'inclination vers un autre sexe. L'instinct, jusque là *flou*, se spécialise et généralement cette spécialisation porte sur l'autre sexe. Seulement, tandis que l'homme peut coïter, et complètement coïter, sans que l'âme participe à cet acte, la femme n'éprouve de plaisir que si la cohabitation lui fait éprouver quelque sentiment. L'homme peut donc coïter avec n'importe quelle femme; il coïte par nécessité sans intervention du *psùché*, tandis que la femme qui trompe son mari le trompe doublement, physiquement et psychiquement. Par contraste, les exigences sexuelles de la femme sont bien moins puissantes que celles de l'homme (raison d'être physiologique du crime légal de l'adultère). L'homme normal porte en lui des traces de sadisme : activité conquérante et dominatrice de son amour pour la femme; le sadisme masculin est donc d'un pronostic plus favorable que le masochisme masculin ou le sadisme féminin. — La menstruation (périodicité) joue un rôle dans les sensations sexuelles de la femme; d'où sa passivité et en même temps son instinctivité impulsive à certaines époques, et sa subordination à l'être aimé. — Le facteur esthétique joue chez l'homme et la femme un rôle important; le facteur social est un besoin d'association et l'horreur de l'isolement. Du premier provient pathologiquement l'amour fétiche (culture de beaux cheveux); du second, le mariage de raison, qui ne s'inquiète pas des composants de l'amour sexuel. L'amour monopolisateur, sur un seul objet, est une passion ou une névrose; l'amoureux, un dégénéré.

3° L'*homosexualité*. En tous temps et chez tous les peuples, il y a eu une sensualité exagérée entraînant les hommes normaux à des extravagances. Celles-ci graduellement sont devenues une maladie chez les bons vivants et les dames du demi-monde.

L'homosexualité offre ici cette particularité indéniable qu'il y a union d'un homme développé avec des jeunes garçons ayant conservé quelques caractères physiques et psychiques *rappelant la femme*, et qui, lorsqu'il y a coït *à præpostera* c'est qu'auparavant l'élément actif s'est entraîné à la même pratique chez la femme.

L'*amour des prostituées entre elles* provient : de l'habitude journalière du coït, des abus de leurs clients sur elles, de l'atmosphère où elles vivent en prenant des habitudes masculines, de l'acte du *cunnilingue* auquel leurs habitués les forcent — Pourquoi alors une bonne amie ne serait-elle pas satisfaite? du rôle passif on passe au rôle actif.

L'homosexualité *des dames normales* a les causes suivantes. Les femmes mariées, et dont les maris mesurent, sont surexcitées ; — les jeunes filles qui craignent l'homme par pudeur ou ont la crainte de la grossesse ; mais, dans tous ces cas, femmes et filles choisissent des amies masculines (comme aspect et allures) qui souvent sont munies de pénis artificiels. Au bout de plusieurs années d'habitude, il y a incapacité de coïter comme d'ordinaire, ainsi que cela a lieu pour les onanistes — hommes passionnés, il y a impotence psychique. Il faut donc distinguer la passion (pronostic défavorable) de la nécessité (pronostic plus favorable).

Au fond, les vices précédents n'ont rien à voir avec l'homosexualité proprement dite, avec l'uranisme (commerce de l'homme pour l'homme) et le tribadisme (commerce de la femme pour la femme) dans lesquels il y a réelle impulsion d'un sexe pour l'autre, c'est-à-dire d'un sexe bien développé à attributs de ce sexe, pour le même sexe bien développé à attributs de ce sexe. Voilà où est l'anomalie psychique, tout à fait distincte d'une passion telle que la passion d'hommes normaux préférant des femmes grosses fortement construites et énergiques (sorte de masochisme), des tribades allant à la femme — homme, des femmes normales préférant de jeunes garçons délicats, jeunes, n'ayant pas toute leur croissance ou des urninges n'aimant que les jeunes garçons non pourvus encore de barbe.

Observation d'uranisme véritable. — Tenir dans ses bras des individus du même sexe, sans intromission, avec simple friction du gland ou légère excitation du clitoris sur un autre corps, tant la surexcitation anormale est grande, voilà l'homosexualité mâle ou femelle. C'est un trouble congénital. Les urninges ne sont pas des femmes dans un corps mâle ; ce sont des mâles qui sont sensoriellement excités par leur propre sexe. Un bel homme fait à l'urninge

le même effet psychique et physique qu'une femme fait à un homme ordinaire. L'urninge se complaît à voir, regarder, toucher le pénis de l'être aimé ; la tribade, à tâter la vulve de son amie. L'homosexuel vrai, en un mot, prend possession symbolique des organes génitaux d'un autre de son sexe, organes génitaux représentant la personne entière.

Ces homosexuels sont des *parias*, car le mariage entre eux ne peut leur donner la satisfaction d'avoir des enfants, ni la modération du coït. D'ailleurs il ne semble pas qu'ils puissent s'attacher absolument à une seule personne, à un amour exclusif de toute la vie. Au point de vue de la morale et de la médecine légale, ce sont des espèces de dégénérescences impulsives émanées soit de l'ivrognerie, soit de névroses constitutionnelles, sans lacunes intellectuelles. Urninges ou tribades possèdent une sensibilité très délicate, très active, très nuancée, très vivante. Ils n'ont pas d'accès comparables à ceux des hystériques ou des épileptiques ; ils sont et restent toujours homosexuels. Ce sont plutôt des déséquilibrés puisque leur niveau psychique est élevé, nourrissant une sorte de monomanie à laquelle ils pensent toujours et qu'ils entourent d'une dialectique souvent très riche, qui sont tout à fait incapables de se modifier. P. KERAVAL.

XXXVII. INFLUENCE DE L'ALIÉNATION MENTALE SUR LE MOLIMEN MENSTRUEL; par A. SCHOEFER. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 5.)

L'auteur a examiné à ce point de vue 263 aliénées se répartissant en :

Mélancoliques	49
Maniaques	18
Stupides	15
Arrêts de développement intellectuel congénitaux	34
Folie systématique chronique	54
Folie systématique aiguë	69
Délire aigu	9
Démence consécutive	15

Voici ses conclusions :

1° Le processus normal de la menstruation et ses anomalies, produites par des affections somatiques locales ou générales, exercent une influence sur le développement et l'évolution d'une psychose préexistante. Inversement la menstruation, comme d'autres fonctions somatiques, est sous la dépendance de certaines psychoses suivant une sorte de loi; 2° la menstruation reste normale et régulière dans le cours des psychoses intellectuelles chroniques (folie systématique chronique, affaiblissement intellectuel congénital et secondaire), tant que celles-ci n'intéressent pas et ne pervertissent pas la sensibilité morale. Il en est de même des psy-

choses intellectuelles aiguës et des psychoses affectives aiguës, pourvu que la modification de la sensibilité morale ne dépasse pas un certain degré; 3° la menstruation est suspendue pendant toute la durée de la maladie dans les psychoses avec exaltation extrême, dans les psychoses dépressives, dans les psychoses intellectuelles aiguës à forme stupide, dans les formes très graves de la manie, dans la mélancolie, dans les affections stupides primitives. Généralement la menstruation reparaît quand la psychopathie s'améliore ou quand elle prend une marche chronique ou dans la démence secondaire; elle reste alors régulière; 4° la menstruation se suspend pendant un assez long espace de temps, et cela aussi bien au début que dans le cours des psychoses intellectuelles chroniques. Cette allure presque sans exception est l'apanage d'états psychopathiques déterminés qui sont caractérisés par la surémotivité pathologique (modalité pathologique spéciale de la sensibilité morale) et, par cela même, se séparent en quelque sorte de la maladie mentale chronique, en dehors de l'épisode passionnel, sur laquelle se greffe la phase aiguë. Si l'émotivité, passagèrement modifiée, reprend son niveau ordinaire, la psychopathie reprenant son caractère uniformément chronique, l'anomalie menstruelle, passagère, se transforme en menstruation régulière.

P. Keraval.

XXXVIII. Oscillations journalières de la température du corps dans les psychoses fonctionnelles; par Th. Ziehen. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 5.)

Nombreuses et patientes études thermiques chez les aliénés.

Conclusions: 1° Dans la mélancolie passive, hypothermie générale, maximum vespéral souvent peu accusé. Il en est de même dans la mélancolie avec agitation. Dans la mélancolie avec épissode anxieux, les maximas accessoires sont irrégulièrement répartis (tableaux des courbes); 2° dans la manie il y a hyperthermie de 0,3 à 0,5 à la période d'acmé comparée avec le stade prodromique et avec le stade ultérieur; 3° dans la folie systématique aiguë souvent, il n'y a pas de maximum vespéral. Fréquence des maximas accessoires irrégulièrement répartis. Généralement ces exacerbations aiguës correspondent à de l'agitation motrice ou affective. La largeur de l'excursion est souvent considérablement élevée. Il n'y a pas de différence essentielle entre la forme stuporodépression, et la forme exaltée avec exagération de l'idéogenèse: seule, la température moyenne est en général un peu plus basse dans la première que dans la dernière. La forme incohérente est marquée par des oscillations diurnes particulièrement fortes; 4° dans la folie systématique hallucinatoire chronique on constate de semblables irrégularités oscillant comme dans la forme précédente, mais ces irrégularités y sont non-seulement plus rares mais aussi moins accentuées; 5° dans la folie systématique chronique simple, courbes thermiques absolument normales; 6° dans les psychoses hystériques, il y a rétrocession relative du maximum vespéral et apparition de nombreuses

ascensions accessoires, notamment forte exagération de l'amplitude de l'excursion totale; 7° dans la stupidité, température moyenne plus basse que normalement; impossibilité de déterminer avec certitude, la courbe diurne; 8° le type thermique inverse se montre à l'occasion dans toutes les psychoses. Il est très rare en tant que phénomène régulier. Quoique la température vespérale soit alors plus basse que celle du matin, généralement, à midi, il y a un maximum supérieur à la température matutinale; 9° de l'hypothermie anormale moyenne qui survient dans la mélancolie, la stupidité, la folie systématique avec stupidité, il faut encore distinguer l'apparition accidentelle de températures basses tout à fait anormales. On les trouve dans la démence paralytique, la folie systématique aiguë, notamment quand elle s'accompagne de grande incohérence, peut-être aussi des maintes formes de débilité mentale congénitale et acquise ; 10° différences hémilatérales de la température axillaire comportent plus de 0,2. Extrêmement rares dans les psychoses fonctionnelles en dehors de l'hystérie, et de la migraine ophtalmique compliquée, elles indiquent, excepté dans ces deux dernières maladies, qu'il y a lésion organique.

XXXIX. Contribution a la théorie des obsessions; par Grashey. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 5.)

Etude très intéressante, d'après laquelle, les obsessions sont des conceptions représentatives qui apparaissent sur le fond de la connaissance à la suite d'une modification normale de l'humeur produite elle-même par une sollicitation normale de la sensibilité, mais qui s'implantent d'une façon indélébile dans le champ de la conscience parce que l'impression qu'elles y font, procède d'un mécanisme morbide dans la modalité même de la sensibilité et de l'intelligence. La genèse est normale mais la qualité du mécanisme est morbide. P. K.

XL. Paranoia et stupeur ; par A. Popoff. (In *Arkhiv Psychiatrii*, 1894, t. XXIV, n° 2.)

Il s'agit d'un jeune dégénéré, fils et petit-fils d'alcooliques qui au cours d'un délire mégalomaniaque et hypochondriaque a présenté un accès de stupeur d'environ dix jours.

Comment expliquer l'apparition de la stupeur au cours d'un délire systématisé? A la place de M. Popoff, nous nous abstiendrions d'explications plus ou moins hasardées comme celle, par exemple, qui consiste à la mettre sur le compte d'un trouble dans la nutrition de l'écorce... Nous raconterions le fait et nous mettrions un point. J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 25 *février* 1895. — Présidence de M. P. Moreau (de Tours).

Les Aliénés et la Magistrature.

M. Legrain, continuant sa communication de la précédente séance, relative aux aliénés séquestrés et mis en liberté par autorité de justice, fait connaître un nouveau cas personnel, analogue à ceux de MM. Marandon de Montyel et Febvré. Il s'agit d'un maniaque raisonnant atteint de perversions morales multiples qui, après avoir occupé une situation brillante dans les affaires, avait, par ses excès et sa débauche, réduit les siens à la misère et compromis sa situation par une série d'actes répréhensibles. Arrêté pour délit de grivellerie et en proie à un délire de forme ambitieuse, il fut séquestré en 1893. Deux mois après, à peine, ce malade indubitablement dangereux était mis en liberté, par le Tribunal, après un examen sommaire, malgré l'avis motivé du médecin traitant, sans expertise médico-légale, avec des considérants qui établissaient que cet aliéné n'était pas malade.

Tirant des conclusions générales de tous ces faits M. Legrain démontre le danger, pour la sécurité publique, de pareils élargissements intempestifs, que la loi autorise puisqu'elle reconnaît aux magistrats, sinon une compétence absolue en matière de maladies mentales, du moins le pouvoir de libérer d'office des malades, sans s'être préoccupés de l'avis des médecins compétents. Il est urgent que le législateur définisse plus exactement les devoirs réciproques du magistrat et du médecin et rende impossibles, dans l'avenir, certaines éventualités dont l'effet est de compromettre, dans une large mesure la sécurité publique par suite de conflits entre l'incompétence forcée du magistrat et la compétence du médecin, la victoire restant toujours, en dernière analyse, au premier.

M. Briand. — Il serait intéressant de faire ici le tableau de l'interrogatoire des aliénés par les magistrats. Vous savez comment se passent les choses. On fait asseoir le malade, si toutefois il y consent, puis on lui demande ses nom, prénoms, âge et qualités, le

nombre de ses enfants. S'il a répondu exactement, on termine par l'expérience décisive des pièces de monnaie. S'il distingue une pièce de vingt francs d'une pièce de cent francs on en conclut que sa place n'est plus à l'asile.

M. Ritti. — C'est, en effet, comme cela que les choses se passent la plupart du temps.

M. Legrain demande que la société suscite, de la part des aliénistes de province, la communication de cas analogues à celui qu'il vient de rapporter. Leur simple exposé sera suffisamment éloquent pour démontrer l'incompétence de la magistrature en matière d'aliénation mentale. Nous pourrions ensuite, ajoute-t-il, faire un tirage à part de la discussion et l'envoyer à la Commission de la loi sur le Régime des Aliénés.

M. Charpentier ne voudrait pas que la Société s'engageât à fond dans une discussion sur l'intervention de la magistrature en matière de placement des aliénés. Il est bien évident que les magistrats jugent à un autre point de vue que nous, mais sont de bonne foi. Nous sommes soupçonnés, comme aliénistes, de voir des fous partout; nous aurons l'air coupables en cherchant à nous disculper.

M. Arnaud. — C'est précisément contre cette suspicion injuste, nous accusant de séquestrations arbitraires, qu'il faut nous défendre.

M. Joffroy. — Gardons-nous de trancher la question de l'intervention de la magistrature dans le placement. Demandons seulement que tous les inculpés soupçonnés de troubles intellectuels soient, de droit, examinés par un expert. En dehors de cela nous n'avons pas à nous immiscer dans la discussion d'un texte de loi. Tout le monde sait que les garanties de la liberté individuelle seront moindres avec le nouveau texte qu'avec l'ancien. Laissons aux faits le soin d'en développer la démonstration.

M. Ritti. — M. Legrain nous demande deux choses : de faire appel aux membres de province pour qu'ils nous communiquent les erreurs de la magistrature et de réunir ensuite des faits pour en faire profiter la Commission de la Chambre qui doit défendre le nouveau projet de loi. Il me semble difficile d'accomplir ce second vœu; mais nous pouvons provoquer des communications.

M. Briand. — Laissez la discussion à l'ordre du jour et les communications viendront d'elles-mêmes.

M. Toulouze. — Pour le public, le médecin n'est qu'un expert et le public ne comprend pas qu'un expert détiendrait un pouvoir qui doit revenir au magistrat seul. Supposez qu'au lieu d'aliénation mentale, il s'agisse d'un traumastisme et vous comprendrez quel rôle doit, à mon avis, remplir le médecin, quand on lui demande une sortie.

M. Ritti. — Dans le cas indiqué par M. Toulouze la comparaison

n'est pas très exacte. En effet, lorsqu'on nous demande la sortie d'un de nos malades, nous ne sommes pas experts mais médecins traitants, ce qui nest pas la même chose.

Or, dans le cas signalé par M. Legrain, on n'a nullement tenu compte de l'opinion du médecin. Il manque la contre expertise à l'examen médical effectué dans ces conditions pour que cet examen puisse être comparé à une véritable expertise. Vous savez que la contre-expertise n'existe pas et que le magistrat tient ou ne tient pas compte de l'opinion du médecin et ne doit lui-même compte à personne de son jugement qui est sans appel.

M. Joffroy insiste pour qu'on ne prépare aucun tirage à part, de la discussion, attendu que le parlement possède assez de membres désireux de s'éclairer pour demander la communication des comptes rendus de la Société.

Il est décidé, néanmoins, que la discussion sur le rôle de la magistrature de placement ou de sortie de aliénés restera à l'ordre du jour.

M. B.

Séance du 25 *mars* 1895. — Présidence de M. P. Moreau (de Tours).

Le Président annonce la mort de Calmeil qui vient de s'éteindre à Fontenay-sous-Bois, où il s'était retiré depuis plusieurs années.

Le Secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de l'illustre doyen des aliénistes français.

M. Jeannet lit un rapport sur le livre « *le Merveilleux* » de M. Durand de Cros.

M. Rist fait connaître à la Société que le magnétiseur spirite Home est mort aliéné.

Pathogénie des attaques épileptiformes dans la Paralysie générale.

M. A. Voisin. — La discussion ouverte sur ce sujet remonte à plusieurs années.

Trois opinions ont été soutenues : L'opinion allemande qui attribue les convulsions à des accidents urémiques ; l'opinion généralement admise en France qui leur reconnaît pour cause une congestion des méninges ou des autres nervures; enfin quelques auteurs pensent que l'attaque épileptiforme est liée à des hydropisies ventriculaires. Au point de vue clinique je crois qu'on peut faire le diagnostic de l'étiologie.

Si la température centrale est au-dessous de la moyenne, c'est l'urémie qui doit être incriminée ; s'il y a hyperthermie, on se trouve en présence d'un état congestif.

M. Charpentier objecte que c'est l'inverse qui se produit dans les

attaques d'éclampsie liées à l'urémie et qui s'accompagnent, au contraire, d'élévation de température.

M. A. Voisin pense que dans ces cas particuliers l'hyperthermie est due à la puerpéralité.

M. Culerre a fait à quelques épileptiques des injections de substance rénale qui ont considérablement diminué le nombre des attaques. Les quantités injectées sont de deux grammes du liquide obtenu en triturant une partie de substance rénale dans cinq parties de la glycérine.

M. Christian. — On ne peut comparer les attaques épileptiques franches avec les attaques épileptiformes des paralytiques généraux.

M. Culerre est aussi de cet avis, il n'a communiqué le résultat de ses expériences qu'à titre d'indications.

Marcel Briand.

LIIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN.

SESSION DE BONN.

Séance du 9 juin 1894. — Présidences de MM. Œbeke et Pelman.

M. Nœtel. *Le procès Feldmann.* — Un jurisconsulte, le Dr H. Reinartz a publié récemment une brochure intitulée *Histoire d'une interdiction, coup d'œil rétrospectif sur le procès Hemmerling-Feldmann.* Cette brochure est précédée d'une préface par le Dr Finkelnbourg. Cette brochure appuyée par un médecin a reçu la plus grande publicité. *A priori*, il est permis de penser que les auteurs de ce factum ont surtout en vue d'exciter dans le public la plus grande méfiance contre les asiles d'aliénés, tant publics que privés, et contre les formalités d'admission et d'interdiction. Il y a donc lieu d'examiner les points principaux de ce mémoire. M. Nœtel examine successivement les griefs articulés ou déguisés. Tels l'agrément de la police locale, la surveillance des asiles d'aliénés. A ce propos M. Finkelnbourg a oublié d'indiquer dans sa préface que les aliénistes allemands ont à plusieurs reprises souhaité la surveillance des asiles par les autorités, dans l'intérêt des malades et de leurs familles, qu'ils la souhaitent encore; voyez plutôt le congrès

de Francfort de l'an dernier. Quant à la procédure de l'interdiction, il n'est pas prouvé qne les formalités actuelles, à notre avis tout à fait suffisantes, si elles sont exactement suivies, doivent être changées. En tout cas, ce qui s'est passé pour Feldmann ne le prouverait pas. En effet, trois fois il a poursuivi la main-levée de son interdiction, et cela, non point à une époque où il était interné dans un asile, mais alors qu'il avait en dehors de l'établissement toute liberté d'allures pendant des mois et des années, et le procureur impérial à qui incombe la garde des intérêts généraux en matière d'interdiction pour cause d'aliénation mentale, ne jugea pas à propos de provoquer un jugement de la plus haute instance. D'ailleurs il restait encore au requérant un parti, en vertu de l'article 3 du paragraphe 620 du code civil, c'était de faire adjoindre au tribunal un avoué chargé de ses interêts. Enfin le jugement de 1887 dans ses considérants en faveur du maintien de l'interdiction, dit que, M. Feldmann, se refusant à se laisser observer dans un asile, le tribunal ne possède aucun moyen de dissiper les doutes qu'il conserve. Il y aurait donc eu lieu d'engager M. Feldmann à se laisser examiner par une commission médicale composée de savants et d'aliénistes. C'est ce qu'ont oublié de lui conseiller les auteurs de la brochure ! Les critiques dirigées par eux contre les asiles prouvent qu'ils ne les connaissent pas et qu'ils ignorent qu'il arrive assez souvent aux médecins de mettre en liberté des malades pour simple cause d'*amélioration*, sans surveillance de la part de l'établissement.

Quoi qu'il en soit, il serait intéressant de fournir sur le cas Feldmann des indications scientifiques qui manquent totalement dans le mémoire accusateur.

Il est des plus regrettables de voir un *membre de notre Société*, un de nos collaborateurs les plus actifs, se détacher de ses collègues, au lieu de s'entourer des lumières de tous et de faire participer à ses études sur un cas particulier, les journaux spéciaux de médecine, de droit ou autres spécialités, il est pénible de constater qu'en jetant dans le public un écrit de cette nature, il va à l'encontre du but qu'il se proposait. En marquant à l'index les asiles d'aliénés de la province du Rhin, il nuit aux pauvres gens qui sont forcés d'être admis dans un asile et qui, en y entrant, ne peuvent désormais qu'éprouver une appréhension bien légitime. C'est là ce qu'il y a de plus fâcheux !

Discussion. — M. Pelmann a été particulièrement visé dans cette brochure. Il y est dit (p. 31) que divers aliénistes de la Suisse, et des plus éminents, auraient reconnu la parfaite intégrité de l'état mental de Feldmann. C'est inexact. Personne au moins n'en a la responsabilité nominale. Car Forel, qui seul pourrait être pris à parti en cette affaire, affirme expressément et, à plusieurs reprises, que

Feldmann n'est pas sain d'esprit; les autres médecins suisses qui ont attesté cela, ne sont nullement aliénistes.

Finkelnbourg atteste l'état de raison de M. Feldmann. Mais il parle d'erreurs persistantes qui ne seraient point des idées délirantes; ainsi qu'il ressort cependant de deux lettres écrites par lui à Feldmann, il aurait une grande tendance à donner à la fixité de ces erreurs une portée extrêmement grande. Dans ces conditions, comment signer un certificat de bonne santé intellectuelle. Le rapport de Flechsig a été tronqué. C'est pourquoi M. Flechsig m'a envoyé la lettre rectificative que je vais lire. D'après cette lettre, Feldmann avait des idées délirantes permanentes fixes. En conséquence, à l'époque en question, Feldmann était malade. L'orateur parle ensuite des procédés de Finkelnbourg à son endroit.

M. Gudden. — En août 1890, à l'asile de Piëtzchen, Feldmann était atteint de folie systématique secondaire, pour un rien il était agité de sentiments pathologiques, pendant ces mouvements d'humeur, il n'était pas libre de prendre une détermination volontaire, les idées délirantes se succédaient en bataillons serrés. Au printemps de la même année, M. Finkelnbourg avait écrit à M. Besser: « Feldmann est encore malade, il a besoin d'être traité à l'asile, mais j'espère que vous arriverez à obtenir une amélioration compatible avec sa sortie. » Mais cette amélioration ne vint pas, elle n'était pas venue à la fin de 1893, époque à laquelle je ne vis plus Feldmann; or, bien que M. Finkelnbourg n'ait pas vu le malade pendant tout ce temps, il n'en affirme pas moins que Feldmann est depuis des années bien portant et qu'il a été illégalement retenu dans un asile.

MM. Ungar, Thomsen, Tigges, Schulz, Schreiber parlent dans le sens des orateurs précédents.

Sur la proposition de M. Erlenmeyer et malgré la tendance conciliatrice de M. Œbeke, l'assemblée adopte à l'unanimité la proposition suivante :

La Société psychiatrique de la province du Rhin exprime son profond regret de voir qu'un de ses membres, M. le conseiller intime, professeur-docteur Finkelnbourg, ait, dans l'affaire Feldmann, dérogé aux habitudes de nos débats scientifiques dans les journaux médicaux ou médico-légaux, qu'il se soit adressé à une publicité dont les inconvénients sont de porter atteinte aux intéressés, et de susciter, dans le public, la plus grande méfiance contre ce qui a nom d'asile d'aliénés dans la province du Rhin. Il faut plaindre les malades qui, pleins désormais de cette méfiance injustifiée, sont cependant forcés de fréquenter les asiles.

Épilogue de cette histoire. — Le 22 août 1894, Feldmann repris d'agitation dut être placé à l'hôpital de Godesberg. Il fit une tentative de suicide et on dut le soumettre à une surveillance continue. La prétendue guérison n'était donc qu'une rémission dans une perturbation intellectuelle chronique.

M. Liebmann. *Chorée et aliénation mentale.*

M. Thomsen. *Etude clinique sur l'obsession.* — Cinq observations montrent que ce sont des accidents cliniquement autonomes, qui peuvent se montrer à l'état d'accès accompagnés de signes physiques.

Discussion. M. Schultze. — Il ne faut pas confondre les obsessions et états anxieux avec la neurasthénie; ils n'en sont pas fonction.

M. Steiner. — L'observation du jeune homme de seize ans qui vient d'être lue, ne doit-elle pas, à raison de cette forme obsédante de dire certaines paroles et du tic convulsif, rentrer dans la maladie du tic avec écholalie et koprolalie de Gilles de la Tourette ?

M. Pelman. — Les idées obsédantes ont dans les psychoses vraies un rôle plus grand qu'on ne leur en attribue actuellement. Elles comprennent des états très différents, il serait à désirer qu'on mît ce sujet à l'ordre du jour d'une des séances les plus prochaines.

M. Thomsen. — Le malade de Gilles de la Tourette rentre dans le grand groupe des phénomènes psychiques à mécanisme impulsif. L'hypnotisme n'a donné aucun résultat,

M. Schultze. *Quelques remarques sur l'hystérie et l'hypnotisme.* — Une hystérique de trente-deux ans était depuis neuf ans atteinte de contractures vives dans les mains et les pieds qui l'empêchaient tout à fait de se tenir debout et de marcher. Il y avait en outre atrophie musculaire prononcée ayant son origine et dans cette longue période d'inaction musculaire et dans l'alimentation défectueuse par suite d'une stomatite intense avec carie dentaire étendue. On s'adressa simplement au traitement mécanique graduel sans déployer de force et aux courants faradiques. En cinq mois on réussit à améliorer cet état; la malade reprit l'usage de ses membres à peu près parfait et complet. On soigna la bouche, on extirpa les dents malades, la nutrition se rétablit. L'hypnotisme ne fut pas employé.

L'orateur a recherché le *réflexe pharyngien* chez deux cents personnes normales non hystériques; il a trouvé que, chez 25 à 26 p. 100 d'entre elles, celui-ci n'existait pas. Par contre chez dix hystériques il existait. Ce qui enlève à la portée du réflexe pharyngien chez les hystériques une partie de sa valeur diagnostique. Il y aurait encore d'après lui beaucoup à dire contre la prétendue fréquence de l'hémianesthésie dans l'hystérie, contre la contracture des muscles animés par le nerf que l'on excite par pression lente et modérée chez l'hystérique. Suit une critique du travail d'Effertz sur l'hystérie, l'hypnotisme et la suggestion.

Discussion. M. Steiner. — Conformément à la manière de faire

de Charcot, je me garde de la suggestion en pareil cas, j'isole les malades en les confiant aux soins de personnes étrangères. Mais cette méthode même ne doit être appliquée qu'en un cas approprié. L'hypnotisme peut aussi être utilisé conjointement à l'isolement. L'hypnotisme à lui seul guérit parfois très bien dans la famille même de la malade; c'est ce qui est arrivé tout récemment pour une jeune fille que je voulus retirer de chez elle et pour laquelle on fit venir un magnétiseur de province qui la guérit. L'hémianesthésie totale est en effet une rareté. Elle est très fréquemment remplacée par l'hémi-hypoesthésie. Ceci ne prouve pas l'inexactitude de la description de Charcot, car à Paris, où à la Salpêtrière, affluent les hystéries les plus graves de toute la France.

Quant à l'anesthésie pharyngée uni ou bilatérale, elle a une très grande valeur, une importance extrême pour le diagnostic de l'hystérie. Si l'on constate cette anesthésie ou tout au moins une tolérance extrême du pharynx à l'égard des excitants mécaniques même chez les gens non nerveux, il faut l'attribuer à l'habitude de fumer, à d'anciennes affections pharyngiennes. Voici une observation qui confirme notre manière de voir. Une jeune fille éprouve pendant plusieurs jours, au cours de ses règles, des attaques convulsives persistantes. Celles-ci passées, on constate les stigmates de l'hystérie : rétrécissement du champ visuel, émoussement unilatéral de la sensibilité cutanée, insensibilité pharyngée. Tous ces signes disparaissent les jours suivants, seule l'insensibilité pharyngée demeure comme signe permanent de l'hystérie. Le congrès d'automne aura lieu le 10 novembre prochain. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, Ll. 2.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DU NORD-EST DE L'ALLEMAGNE.

PREMIÈRE SESSION DE ZOPPOT.

Séance du 30 *juillet* 1894.

Pour se sentir les coudes, et échanger leurs idées, les aliénistes et neurologues du nord-est de l'Allemagne ont fondé une nouvelle société. Appel a été fait aux médecins des asiles de la Poméranie, de l'ouest et de l'est de la Prusse, de Posen, à tous les directeurs. Etaient présents MM. Hesse, Hoppe, Krœmer, Mercklin, Muermann,

Rabbas, Siemens, Sommer, Warschauer. La société se tiendra sous forme de congrès une ou deux fois par an ; elle rayonnera de Zoppot sur l'un des asiles qui sera, alternativement, choisi pour lieu de réunion.

M. Hoppe. *Contribution à l'étude de la question des infirmiers.* — Les meilleurs moyens pour avoir de bons infirmiers et élever le niveau de cette profession sont : 1° d'augmenter leurs salaires; 2° d'organiser des écoles d'infirmiers.

Surveiller le personnel, c'est fort bien, mais cette surveillance incombe moins aux médecins (proposition de M. Sommer au congrès de Carlsruhe du 12 novembre 1893) qu'aux surveillants et surveillantes en chef. On a créé à l'asile de Kœnigslutter une fonction spéciale intermédiaire à celle d'infirmier et de surveillant en chef qui est chargée de cette surveillance dans chaque quartier.

Discussion. M. Sommer. — Si nous changeons souvent d'infirmiers dans les provinces de l'Est, c'est qu'ils sont attirés vers l'Ouest. Tous les ans, chez moi, je renouvelle un tiers de mon personnel secondaire. Je pense donc qu'après dix années de service dans le même asile tout gardien doit être pensionné. A l'asile d'Allenberg, on a acheté une certaine étendue de terrain à une certaine distance de l'établissement. Tout gardien qui a dix ans de service reçoit, comme pension, trente arpents de terre avec les bâtiments nécessaires et un inventaire. On lui confie quatre à six malades qu'il occupe contre une rémunération mensuelle de huit marks (dix francs) par malade. Il devient un *nourricier*.

M. Siemens. — Ce qui se fait dans l'Allemagne du Sud ne peut être appliqué sans réserve à l'Est de l'Allemagne. On ne saurait en effet comparer les prix des vivres, la quotité des salaires et les exigences de la vie de l'Allemagne de l'Est, du Sud et du centre.

M. Krœmer. — Les opinions des directeurs d'asiles sont bien différentes. Tels sont rigoureux pour leurs infirmiers, tels sont moins stricts; ceux-ci aiment à avoir un personnel ancien, servant depuis longtemps ; ceux-là préfèrent infuser continuellement un sang nouveau. A l'asile de Neustadt, les religions opposées entrent en ligne de compte. Beaucoup de nos infirmières, et ce ne sont pas les plus mauvaises, s'en vont parce qu'elles se marient. Dans l'Allemagne du Sud et en Autriche, on ne se loue point d'un personnel secondaire marié; ici les femmes des gardiens habitent la division des hommes et y exercent certaines fonctions. On ne peut espérer tirer bon parti de l'école d'infirmiers en se bornant à les entretenir de tout sans y ajouter de gages. Mais Berlin et ses environs constituent un bon centre d'attraction permanente pour les jeunes infirmiers et infirmières, à raison des gages élevés qu'on leur paie. Dans nos asiles les salaires sont trop élevés comparativement à ceux que donnent les cultivateurs auxquels, par cette raison, on

enlève des travailleurs; ils se plaignent que les journaliers élèvent, pour le même motif, leurs prétentions. Nous avons du reste généralement notablement augmenté les gages de nos infirmiers par rapport aux taux antérieurs; le tarif actuel est donc suffisant; il faut chercher autre chose. Il est très rare de voir de solides gardiens mariés abandonner leur position; ils se déclarent satisfaits de leur sort.

La comparaison statistique des mouvements du personnel secondaire dans les divers asiles de l'Allemagne ne signifie donc pas grand'chose. Quant à créer un poste intermédiaire à celui d'infirmier et de surveillant en chef en vue d'obtenir de meilleurs éléments, c'est une proposition à prendre en considération, quoiqu'elle soit difficile à mettre en pratique.

M. Mercklin lit son travail sur la *conscience de l'état morbide dans la paranoïa*. Publié *in extenso*[1]. Ce mémoire soulève une courte discussion. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, LI, 3.)

P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

XVIII. *La Confusion mentale primitive*; par le Dr Chaslin. Paris, 1895; Asselin et Houzeau, éditeurs.

Le Dr Ph. Chaslin vient de publier sous le titre : *La Confusion mentale*, une monographie des plus intéressantes, qui ne peut manquer d'attirer l'attention des médecins qui se livrent spécialement à l'étude des maladies mentales. Ce travail a nécessité de la part de l'auteur des recherches nombreuses, laborieuses; il a dû consulter non seulement les importants mémoires qui ont paru en France sur ce sujet, mais la connaissance qu'il possède des langues étrangères lui a permis d'examiner encore les travaux publiés en Allemagne et dans les autres pays. C'est une étude clinique des plus complètes; elle contribuera à dissiper les obscurités dont cette affection est entourée.

La stupeur, démence aiguë d'Esquirol, « confusion mentale », constitue en effet une des formes complexes de l'aliénation mentale. Tantôt elle a été considérée comme une complication des manifestations délirantes les plus diverses et décrite alors, dans les ouvrages

[1] Sera analysé dans les *Archives de Neurologie* aux *Revues analytiques*.

classiques, à la suite de telle ou telle forme d'aliénation dans laquelle on l'observait. Tantôt au contraire, et c'est l'opinion de notre confrère, on l'a considérée comme une forme spéciale ayant ses caractères propres, anatomiques et symptomatologiques, reconnaissant il est vrai les causes les plus variables, mais reposant en définitive sur un même état, *la confusion mentale*, c'est-à-dire l'affaiblissement plus ou moins durable des manifestations intellectuelles, et un véritable délire *cahotique* dans lequel on retrouve des symptômes souvent caractéristiques de l'affection mentale antérieure; la confusion mentale détermine en outre dans le système nerveux des troubles consécutifs plus ou moins graves. L'historique est des plus instructifs; le Dr Chaslin examine successivement les auteurs français, allemands, russes, anglais, américains et italiens, qui se sont occupés de cette question, ce qui a naturellement donné lieu à une synonymie très variée suivant les différents pays. Du temps de Pinel, l'hospice de Bicêtre était regardé comme un lieu de retraite et de rétablissement pour ceux qu'on avait soumis ailleurs à un traitement trop actif par les saignées, les bains et les douches. Un grand nombre arrivèrent dans un état de faiblesse, d'atonie et de stupeur tel que plusieurs succombèrent quelques jours après leur arrivée; d'autres reprirent leurs facultés intellectuelles avec le rétablissement graduel des forces, d'autres eurent des rechutes dans la saison des chaleurs; quelques-uns, les jeunes principalement, après être restés plusieurs mois ou même des années entières dans un idiotisme absolu, furent pris d'une variété d'accès de manie qui dura vingt, vingt-cinq ou trente jours et qui fut suivi du rétablissement de la raison par une sorte de réaction.

Esquirol distinguait de la démence chronique une *démence aigue* qui se développait dans la convalescence de la manie suraiguë et des fièvres cérébrales ataxiques. Cette affection était caractérisée par un délire tranquille, taciturne, triste, avec idées incohérentes, sans force et sans énergie : « Dans cet état, disait un de ses malades, mon intelligence est nulle, je ne pense pas, je ne vois et n'entends rien; si je vois, si j'apprécie les choses, je garde le silence, n'ayant pas le courage de répondre. Ce défaut d'activité dépend de ce que *mes sensations sont trop faibles pour qu'elles agissent sur ma volonté* (c'est Esquirol qui souligne la phrase). Georget appelle *stupidité* la démence aiguë d'Esquirol; d'autres auteurs, Etoc-Demazy, Calmeil, Ferrus admettent généralement l'expression de stupidité pour désigner cette maladie.

Delasiauve, en 1843, fait remarquer que la stupidité est admise comme une forme particulière caractérisée par l'inertie; il n'accorde aux hallucinations vagues ou rares suivant lui qu'une valeur d'épiphénomène. On connait les recherches de Baillarger qui a cherché à démontrer la persistance de l'activité intellectuelle malgré l'embarras des idées; pour lui la stupidité devait être rat-

tachée à la mélancolie, mais a-t-il soin d'ajouter, à une variété de la mélancolie qu'on pourrait appeler passive, avec embarras de la parole, oppression des forces, etc.

Si la plupart des aliénistes se rangèrent à l'opinion de Baillarger, d'autres, avec Delasiauve, ne voulurent pas accepter cette forme comme une variété du délire mélancolique. Ce dernier auteur faisait en effet remarquer que la lypémanie consistait dans l'exagération et la fixité d'un sentiment dépressif qui, généralement se reflétait dans la physionomie et l'attitude du malade, tandis qu'au contraire dans la stupidité les symptômes étaient « une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, une disposition enfin dans laquelle les fonctions cérébrales étaient momentanément mortes et comme paralysées. Sans doute, fait remarquer Delasiauve, il peut exister chez le stupide des préoccupations maladives et des hallucinations plus ou moins pénibles, mais elles n'apportent aucune modification importante à l'immobilité extérieure à l'obtusion intellectuelle, à l'embarras de la mémoire, à la nullité sentimentale ! Les stupides, impuissants à réagir, peuvent conserver le souvenir des impressions dont leur imagination est frappée, mais ils assistent comme de véritables automates aux scènes pénibles qui s'accomplissent en eux ; ce sont chez eux des rêves en rapport avec l'état d'oppression cérébrale dont ils sont atteints et qui est marquée au coin d'une véritable confusion intellectuelle.

Sauze (thèse 1852) admettait comme Delasiauve que la stupidité était un genre particulier d'aliénation parfaitement distinct de la lypémanie et de la démence ; mais il penchait aussi du côté de Baillarger et il admettait une stupidité mixte comme une transition naturelle de la stupidité à la mélancolie. Delasiauve reconnaissait plusieurs espèces de stupidité, consécutive à l'épilepsie, l'hystérie, à diverses intoxications, etc., reposant sur le même fond, la confusion mentale, l'obscurcissement intellectuel et l'automatisme cérébral.

Notre distingué confrère veut bien rappeler également les observations que nous avons faites sur la stupidité comme l'opinion que nous avons émise d'admettre *deux sortes* de stupidité, l'une avec délire, l'autre sans délire.

Nous devons mentionner enfin les recherches récentes de Séglas dans les *Archives générales de médecine* (mai et juin 1894). Ce dernier auteur distingue une confusion mentale secondaire, une symptomatique, une autre épisodique, une enfin essentielle ; la forme épisodique se produirait passagèrement, par exemple, dans le cours d'une mélancolie simple à la suite du refus prolongé d'aliments, la forme symptomatique étant celle des délires toxiques, fébriles, de certaines névroses (hystérie, épilepsie) et se montrant dans le cours des tumeurs cérébrales, de l'urémie, de l'albuminurie, de la glycosurie, etc... La forme *essentielle*, primitive, dont il

existe deux variétés, asthénique et hallucinatoire, présente des symptômes fondamentaux et des symptômes secondaires dont la description clinique, dit Ziehen (*Neur. Centralbl.*, 15 *mars* 1895) concorde avec celle de Meynert, Willé, etc.

Le Dr Chaslin après avoir résumé les travaux français, examine avec soin ceux qui ont paru à l'étranger et qui sont fort nombreux. Nous trouvons en Allemagne Kahlbaum, Westphal, Meynert, Binzwanger, Krafft-Ebing, Mayser, Kræpelin, Willé, etc. Nous ne pouvons que renvoyer à l'auteur pour l'examen des opinions émises en Allemagne, en Russie, en Angleterre et en Italie.

Cette discussion intéressante a été exposée par le Dr Chaslin avec une grande netteté ; elle résume les nombreux travaux publiés par les auteurs ; elle est de la plus grande utilité en ce sens qu'elle permet de fixer l'esprit sur la nature d'une maladie dont il importe d'établir le diagnostic exact et d'instituer le traitement. En résumant cette partie historique très remarquable, le Dr Chaslin conclut de la manière suivante : « On peut admettre l'existence d'une forme do trouble mental dans laquelle le symptôme psychique prédominant et primitif est la confusion mentale, *idiopathique* dans un cas, *symptomatique* dans l'autre, lorsqu'elle succède à l'épilepsie, le saturnisme, etc... Au point de vue clinique, cette distinction nous paraît d'une importance absolue. »

Dans la *deuxième partie* de son livre, l'auteur expose d'une manière succincte la symptomatologie de la confusion mentale primitive idiopathique. L'attitude du malade est caractéristique suivant la cause qui vient produire la stupeur; tantôt, c'est un accès d'excitation qui fait ressembler l'individu soit à un maniaque, soit à un mélancolique anxieux, soit à un alcoolique suraigu; tantôt le malade peut présenter l'aspect de la stupeur à tous ses degrés et à ce que Kahlbaum a décrit sous le nom de katatonie, soit à ce qu'on appelle la mélancolie avec stupeur. La description des diverses formes que présente cette affection est fort intéressante, elle montre la connaissance approfondie que possède l'auteur sur ces questions.

Les Allemands ont désigné sous le nom de *acute Verwirrtheit* une forme complète et moyenne caractérisée principalement par des actes généralement incohérents, sans but apparent, ou des mouvements automatiques, stéréotypés, bizarres, des impulsions subites. On trouve pour les autres formes d'autres particularités, tantôt, c'est le trouble mental qui prédomine dans le tableau clinique, la confusion ou le ralentissement intellectuel est porté à son plus haut degré, on est en présence de ce qu'on appelle la démence aiguë avec ses variétés agitée et stupide ; si c'est l'état somatique qui prédomine, on a les formes qui simulent le mieux une maladie infectieuse et que l'on peut appeler formes typhoïde ou méningitique.

Nous ne pouvons entrer dans la description détaillée des diverses variétés que l'on peut encore rencontrer; le Dr Chaslin le fait minutieusement, et le lecteur trouvera dans son excellent livre tous les renseignements désirables ; tels sont le *délire de collapsus* (collaps delirium de Kraepelin), la forme chronique désignée par Meynert sous le nom d'*Amentia*, etc.

Les confusions *symptomatiques* forment l'objet du chapitre II de la seconde partie; elles sont consécutives à la fièvre typhoïde, l'érysipèle cérébral, les délires aigus, l'urémie, quelques affections diathésiques, l'alcoolisme, les tumeurs cérébrales, l'épilepsie, la neurasthénie, etc.

La physiologie et la psychologie pathologiques sont étudiées dans le chapitre III. L'auteur s'étend plus particulièrement sur la théorie de Meynert, qui admet à l'état sain l'hypérémie partielle au niveau de certains centres, nécessaire pour que les images obtenues aient une intensité suffisante pour devenir conscientes : « C'est ce que l'on peut exprimer avec Fechner en disant que les centres hypérémiés sont en état de veille alors que le reste du cerveau est à l'état de sommeil. »

M. Chaslin résume aussi les théories de Wundt sur l'aperception, celles de Ziehen sur le rôle des images inconscientes exerçant les unes sur les autres des actions excitatrices, il rappelle les travaux de Binet et de Pierre Janet sur le fonctionnement intellectuel et ceux de Cotard sur l'origine psycho-motrice du délire et donne à ce sujet des explications que l'on consultera avec grand profit.

En *résumé*, ce qui fait le fond de la psychose que nous analysons, c'est l'état de confusion se manifestant sous les formes les plus variables. Si cet état est très peu marqué, il donne lieu aux confusions légères de Delasiauve qui peuvent alors s'accompagner de la conscience de la maladie et se rapprocher de la neurasthénie; si la confusion est extrême, si elle va jusqu'à l'arrêt presque complet du cours des images, on a le tableau de la *démence aiguë* avec ses différentes variétés; si l'excitation intellectuelle hallucinatoire prend un développement marqué, on a enfin la forme que l'on peut désigner sous le nom de confusion délirante ou hallucinatoire.

Dans le chapitre *diagnostic*, on voit qu'en définitive le symptôme *confusion* se présente dans une série de troubles mentaux les plus différents. Il peut se présenter primitivement, indépendamment de tout phénomène psychologique antérieur, ou secondairement comme conséquence d'autres symptômes psychologiques. Suivant la prédominance de tel ou tel autre symptôme, on peut séparer des types qui se rapprochent de telle ou telle affection ; non seulement il faudra distinguer, dans les cas très intenses, les délires de collapsus, ceux surtout qui caractérisent la manie suraiguë et le délire aigu, les mélancolies avec stupeur, mais surtout ceux qui sont consécutifs à la paralysie générale et les démences organi-

ques. L'expression de la physionomie est, comme le remarque Séglas, extrêmement importante à consulter. Chaslin fait observer que le diagnostic a donné lieu en Allemagne à des discussions qui ne sont pas encore terminés, surtout sur ce que l'on appelle la *paranoïa aigue*, autrement dit les délires hallucinatoires ou systématisés aigus.

Les chapitres consacrés au pronostic, à l'étiologie, à l'anatomie pathologique renferment des renseignements très instructifs ; enfin dans un dernier chapitre de classification se trouve un résumé des idées des différents auteurs qui se sont occupés de cette question et qui ont essayé de classer cette forme de maladie ; les discussions auxquelles elle a donné lieu paraissent elles-mêmes souvent tourner à la confusion. Les considérations sur le *traitement* méritent, elles aussi, d'être mentionnées, elles présentent pour le médecin praticien des indications utiles à connaître.

On le voit, le livre du Dr Chaslin est une monographie très complète et une étude clinique très approfondie, édifiée sur de nombreux documents. L'auteur, et il faut l'en féliciter, s'est efforcé d'apporter de l'ordre dans cette question et de dissiper les obscurités que la complexité des phénomènes psychiques et somatiques expliquait naturellement ; aussi son livre se trouvera-t-il entre les mains de tous les psychiatres. H. DAGONET.

XIX. *L'assistance des alcooliques en Suisse, en Allemagne et en Autriche*; par le Dr P. SÉRIEUX, médecin des asiles de la Seine.

Rapport de mission médicale, à propos de la création projetée d'un asile spécial d'alcooliques dans le département de la Seine. Cette question a déjà fait couler des flots d'encre et le débat soulevé au congrès de Clermont l'an dernier, n'a suffi qu'à démontrer combien peu la question était mûre aussi bien dans l'esprit des spécialistes que dans celui de l'administration et des corps élus. M. Sérieux a dû s'en référer aux tentatives nées de l'initiative privée en Suisse, Autriche et Allemagne. Toutes, elles sont limitées à des groupes d'alcooliques peu nombreux ou mieux à des groupes de buveurs d'habitude volontairement traités, le plus souvent d'après les points de vue confessionnels plutôt qu'au point de vue médical. Dans l'asile d'alcooliques projeté pour 500 malades, M. Sérieux réclame la constitution de petits pavillons groupant 50 malades au maximum, à l'exclusion de l'asile caserne aujourd'hui condamné. 7 sur 10 de ces pavillons seraient pour les alcooliques améliorés, travailleurs avec ateliers nombreux et une organisation du travail sérieuse, où les chefs d'ateliers soient surveillants et logent avec leurs malades. L'ordre dispersé paraît préférable à la symétrie monotone pour les constructions; peu de cellules mais

une cellule capitonnée sérieuse, des chambres d'isolement et d'observation, enfin des pavillons de classement nombreux permettant d'appliquer l'opendoor system au plus grand nombre de malades qui en sont susceptibles.

M. Sérieux s'élève avec raison contre la transformation actuelle des asiles destinés au traitement des aliénés, en maisons de détention où s'accumulent pêle-mêle curables aigus et chroniques incucurables auxquels un autre système d'assistance devrait répondre, j'ai nommé la colonisation agricole ou familiale. L'appel à une participation plus effective du service actif des médecins adjoints inutilisés vient comme corollaire de la sélection des malades ainsi catégorisés. Ainsi pourrait-être réalisé le rêve d'Esquirol de l'asile de traitement pour les aliénés aigus curables où un médecin traitant ne pourrait être chargé de plus de 150 malades au maximum. L'exemple de l'étranger et le modèle réalisé à l'établissement modèle d'Alt-Iherbitz sont des documents éminemment suggestifs que M. Sérieux a su mettre en valeur dans son rapport; puissent ses conclusions être adoptées !

Dr A. Marie.

ASILES D'ALIÉNÉS.

IX. Nouveaux règlements concernant les aliénés, en rapport avec nos connaissances actuelles sur la nature de la folie et les réformes ayant pour but d'assurer pour eux un traitement plus rationnel et plus efficace; par le Dr Stephen Smith.

L'auteur estime que si les États s'occupent de plus en plus de la sécurité, du bien-être et de la garde des aliénés, on ne fait presque rien dans un but curatif de leur affection.

Les conceptions généralement répandues sur l'aliénation sont fausses, le système de traitement des aliénés est défectueux et indigne de la civilisation : c'est au point que dans quelques Etats, le mot « d'accusé » est encore prononcé dans la législation, à propos des aliénés.

La croyance à l'incurabilité de la folie est répandue dans le public et même parmi les médecins; en conséquence, tous les établissements destinés aux aliénés sont construits, organisés comme des asiles et non comme des hôpitaux, comme des institutions de garde et non comme des institutions curatives; aussi les aliénés sont-ils entassés par centaines dans des asiles où un seul médecin ne peut

les visiter chaque jour en particulier comme on le fait dans les services d'hôpitaux ordinaires.

La réforme doit être radicale et reposer sur l'idée fondamentale que l'aliéné est une personne atteinte d'une maladie cérébrale et comme conséquence logique de cette notion, l'aliéné, simple malade, doit être placé complètement sous la juridiction et sous la direction de la profession médicale.

Lorsqu'un malade est atteint d'affection contagieuse, affection dangereuse pour les autres, on ne songe guère à s'adresser à un magistrat; pourquoi le faire quand il s'agit d'une maladie cérébrale ?

De même que le médecin de la famille, en cas de maladie infectieuse, adresse un rapport au service sanitaire, rapport d'après lequel un médecin spécial vient s'enquérir du cas et indiquer les mesures à prendre; de même, en cas de maladie cérébrale, un rapport devrait être fait par le médecin ordinaire de la famille, et un médecin spécialiste viendrait immédiatement examiner le malade et statuer sur les mesures à prendre.

D'après ces mêmes idées, l'hôpital pour les aliénés devrait être organisé sur des bases presque identiques à celles d'un hôpital général : à leur arrivée, les malades seraient reçus dans un service spécial où ils seraient examinés avant d'être répartis dans les services de traitement proprements dits. L'hôpital comprendrait en outre une division pour les maladies aiguës, une autre pour les convalescents et une dernière pour les incurables. (*American journal of insanity*, 1895.) E. B.

X. Les soins hospitaliers actuels donnés aux aliénés ; par Samuel-B. Lyon M. D. (*The Journ. of nervous and mental diseases*, août 1894.) J.-B. C.

XI. L'enseignement professionnel des gardiens dans les asiles d'aliénés ; par le Dr S. Morel. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, sept. 1894.)

La nécessité d'un enseignement professionnel pour les gardiens des asiles d'aliénés ne fait plus aujourd'hui de doute pour personne. En Angleterre, depuis quatre ans, des examens ont été institués pour cette catégorie de garde-malades par les soins de l'association médico-psychologique. 803 diplômes ont déjà été décernés. Pour se présenter à l'examen, le candidat doit être muni d'un certificat attestant qu'il a fait un stage de deux ans dans un asile d'aliénés.

En Allemagne, l'instruction professionnelle des gardiens est encore plus répandue, car c'est le pays qui a produit le plus grand nombre de manuels destinés à cet enseignement. En Italie, le

même enseignement existe déjà dans plusieurs manicômes. Le Dr Marro est officiellement chargé de l'instruction des gardiens de l'asile de Turin. Aux États-Unis, il n'existe aucun asile de quelque importance qui n'ait son enseignement professionnel. A la fin de 1892, ce pays comptait déjà 652 gradués.

En 1892, également, la Société de psychiâtrie de la Hollande décida, à l'unanimité de ses membres, que c'était un devoir pour tous ceux qui appartiennent à un asile d'aliénés, aussi bien au directeur qu'au médecin, de faire tous leurs efforts pour améliorer le personnel des gardiens. A cet effet, des examens ont été institués sur les premiers éléments de l'anatomie, de la physiologie et de l'hygiène, ainsi que sur les principes fondamentaux de l'art de soigner les malades et les aliénés. Comme en Angleterre, cet examen est à la fois théorique et pratique. Les candidats qui ne peuvent avoir moins de vingt-deux ans et plus de trente-huit, doivent présenter au moment de leur inscription deux certificats, l'un attestant leurs bonnes dispositions morales, l'autre prouvant qu'ils ont fait avec fruit et pendant deux ans un stage dans un asile d'aliénés. L'instruction professionnelle rend le gardien circonspect, prudent et calme. Le gardien instruit comprend la valeur morale des soins de propreté à donner aux aliénés, d'un excellent entretien des salles, du mobilier et des préaux, de l'exécution rigoureuse des prescriptions hygiéniques et médicales, etc., etc.[1].

G. D.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations, mutations.* — M. Tondu est nommé directeur de l'asile de Villejuif en remplacement de M. Barroux décédé (16 avril 1895). — M. le Dr Bresson est nommé médecin-directeur de l'asile de Marseille (16 avril 1895). — M. Bezombes est nommé directeur de l'asile de Mont-de-Vergues. — M. Vernet est nommé directeur de l'asile d'Auch. — M. le Dr Boiteux est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (25 mars). — M. le Dr Croustel est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond (5 mars.)

Une histoire de sorcière. — On mande de Cloumel (Irlande) : Une enquête judiciaire sur l'assassinat d'une femme Cleray a été ouverte le 26 courant.

[1] Nous rappellerons qu'il existe à Paris, et dans la Seine, des écoles pour les infirmiers des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière depuis 1878 ; à l'asile Clinique depuis 1882, et des écoles dans les trois autres asiles.

Dix personnes au nombre desquelles se trouvent le père, le mari, deux femmes, tous parents de la victime, comparaissent devant le magistrat.

La femme Cleary souffrait de surexcitation nerveuse compliquée de bronchite. Son mari s'imagina qu'elle était sorcière et se mit à l'exorciser. Il demanda certaines plantes à l'herboriste et avec le concours des autres parents, il la força à les avaler ; puis, en présence de tous ses complices, il lui demanda au nom de Dieu, de déclarer qu'elle n'était pas sa femme. Pour la forcer à faire cette déclaration, les dix accusés la maintinrent au-dessus d'un brasier ardent où elle fut grièvement brûlée.

Le lendemain soir, la cérémonie de l'exorcisme se renouvela. Les fanatiques voulurent la forcer à manger trois tartines de confitures, mais comme elle s'y refusait, ils la terrassèrent et la dépouillèrent de ses vêtements. Le mari lui versa du pétrole sur le corps et y mit le feu avec un tison du foyer.

Dix hommes et deux femmes assistaient à cette scène de sauvagerie sans porter secours à la victime, se bornant à faire timidement des remontrances au mari ; mais celui-ci soutenait qu'il s'agissait non de sa femme, mais d'une qui ne manquerait de disparaître par la cheminée ; mais, avec l'aide d'un des prévenus, il enveloppa dans un drap les restes calcinés de la malheureuse et il alla les jeter dans un fossé près de la maison.

Quand les prisonniers ont été reconduits à la prison, la foule s'est livrée contre eux à de violentes manifestations d'indignation. (*Petit Troyen*, 28 mars.)

Suicide d'adolescents. — Une fille Dufour, âgée de vingt ans, demeurant rue du Pont-de-la-Vierge, à Louviers, chez ses parents, s'est asphyxiée, avant-hier jeudi, par le charbon. Son père, en rentrant de son travail, à 7 heures du soir, l'a trouvée inanimée. Un médecin a été aussitôt appelé et, pendant deux heures, il a essayé de la rappeler cette pauvre fille à la vie, mais tout a été inutile.

Cette jeune désespérée avait déjà tenté de s'asphyxier, il y a deux ou trois ans, et si elle n'avait pas réussi, c'était par une cause indépendante de sa volonté. Son frère âgé de seize ans s'est pendu, il y a quelques années, chez son oncle, rue aux Huiliers. On ignore les motifs de son acte de désespoir. (*Rappel de l'Eure*, 6 avril.)

Un fou mystique. — Un crime bizarre, commis par un fou, vient d'être découvert dans des conditions surprenantes, dans la nuit d'hier. Il était environ minuit lorsque le portier de l'hôpital Saint-Louis entendit heurter la porte violemment. Il crut à quelque mauvaise plaisanterie et n'y prit garde ; cependant les coups continuaient, frappés de plus en plus fort dans la porte, et le concierge se leva. A la porte, il vit un homme jeune encore, l'air hagard, qui lui dit :

— Dépêchez-vous donc, je suis pressé. — Qu'avez-vous ? — Un médecin, un médecin, je veux un médecin. — Etes-vous blessé, souffrant ? — Non, c'est pour mon frère. — Allez chercher un médecin de quartier, nous n'y pouvons rien. — Mais si, tenez, c'est pour constater le décès de mon jeune frère que voilà. Et, en disant ces mots, l'inconnu sortait un paquet d'un petit sac dit « musette ».

— Allons, assez avec vos histoires, dit le concierge de l'hôpital, déguerpissez vite, l'homme. — Mais il avait à peine prononcé ces paroles que l'inconnu, après avoir défait les papiers entortillant son paquet, brandissait à bout de bras, une tête d'enfant encore sanguinolente qu'il tenait par les cheveux. — C'est la tête de mon frère ! criait-il.

L'employé de l'hôpital recula épouvanté ; la scène était vraiment effroyable à cette heure dans le demi-jour du vestibule ; le concierge réveillé en plein sommeil, était atterré. — Vous voyez que je dis la vérité et qu'il faut un médecin pour constater le décès.

Le directeur de l'hôpital fut averti de cette singulière visite, en même temps qu'on allait réveiller M. Dresch, commissaire de police du quartier Saint-Martin. L'inconnu fut conduit au poste de police ; il ne fit aucune résistance.

— Je me nomme Baptiste Laborie, garçon bouvier, âgé de vingt-sept ans, habitant Saint-Denis-les-Rehais (Seine-et-Marne), déclara-t-il. Le 3 avril, je me suis rendu chez mon père à Senezergues (Cantal) ; j'ai vu là que mon père martyrisait mon frère Alphonse, âgé de douze ans, et que j'aimais beaucoup. J'ai fait des remontrances à mon père, il m'a envoyé promener. Alors, j'ai emmené mon frère dans le bois de Delmar, près de Senezergues. Là, j'ai dit à Alphonse de partir avec moi, mais il n'a pas voulu me suivre par peur de mon père. Alors, ma foi, comme j'ai vu que je ne parviendrais pas à vaincre sa résistance, j'ai pris la décision de le tuer plutôt que de le voir continuer à souffrir. Je l'ai offert en holocauste à Dieu, qui sûrement me tiendra compte de mon sacrifice.

Au moment où, au milieu de la forêt, il me tournait le dos, je lui ai tiré trois coups de revolver. Il est tombé en poussant des cris de douleur et en perdant beaucoup de sang. — Tu m'as fait mal, Baptiste, disait-il, dans des sanglots et des hoquets. — Ne pleure pas, chéri, lui dis-je. C'est pour ton bien, notre père ne te battra plus, et tu seras heureux là-haut avec Dieu à qui je vais t'offrir. Bientôt, il eut quelques convulsions dernières, écuma du sang et ne bougea plus. Je l'appelai doucement : « Alphonse, Alphonse, » il ne me répondit pas, il était mort. J'ai pris mon couteau, je lui ai coupé la tête, que j'ai mise dans mon sac et je suis parti pour Paris pour la faire embaumer.

Laborie raconta cet effroyable drame sans la moindre émotion, comme un enfant répète une leçon. Hier matin, Laborie a répété son histoire à M. Espinas, juge d'instruction chargé de l'affaire.

Il n'est pas douteux qu'on se trouve en présence d'un fou ; mais, étant donnée cette constatation, peut-on croire entièrement la déposition de Laborie ? Des dépêches ont été envoyées dans le pays du père, à Senezergues et à Saint-Denis (Seine-et-Marne). La tête de la victime a été envoyée à la Morgue et Baptiste Laborie conduit à l'infirmerie du Dépôt. Il n'a fait aucune résistance, demandant qu'on prenne bien soin de la tête d'Alphonse. — Faites-la embaumer, répète-t-il, je veux la garder. (*XIXe Siècle*, 9 avril.)

ALIÉNÉS. — L'asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. — L'entrée en fonctions est pour le 1er juillet 1895. — Le traitement sera de 6,000 francs au début, et s'élèvera à 8,000 francs. — Pension de retraite après trente ans de service.

Adresser les demandes avec titres à l'appui à M. Miret, directeur de l'asile à Leyme (Lot).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Dans sa séance du 29 avril, cette société a décerné les prix dont elle dispose. Le *prix Belhomme* (*Traitement hygiénique et pédagogique des idiots, des arriérés et des débiles*) a été décerné à M. BAYER, ancien instituteur à l'école des enfants idiots et nerveux de Bicêtre, professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry. Une mention honorable (avec 100 francs) a été accordée à M. le Dr BONNET, médecin-adjoint à l'asile Saint-Robert (Isère).

Nous donnerons dans le prochain numéro la liste des autres lauréats.

GRASSET (J.). — *Vingt ans après* (1875-1895). — Brochure in-8° de 12 pages. (Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, t. IV, 1895.) — Montpellier.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile* (notes et observations). — Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr. 75. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

LONDE (P.). — *Maladies familiales du système nerveux. — Hérédo-ataxie cérébelleuse*. Vol. in-8° de 268 pages. — Paris, 1895. — Librairie L. Bataille et Cie.

SÉGUIN (E.). — *Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, avec une préface par Bourneville. — Volume in-8° de XLVIII-380 pages. — Troisième volume de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. — Prix : 5 francs. Pour nos abonnés, 3 fr. 50.

STEFANI (U.) et SCABIA (L.). — *Intorno al decorso dell' azione dell' atropina sulla frequenza del polso nelle varie psicopatie*. — Brochure in-8° de 13 pages, avec 1 planche hors texte. — Reggio nell' Emilia, 1895.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 595

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

VOLUME XXIX (1895) NUMÉRO 100 (Juin.)

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1895

Vol. XXIX. Juin 1895. N° 100

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ASILES D'ALIÉNÉS.

DES ÉLÉMENTS COMMUNS A TOUS LES QUARTIERS D'UN ASILE D'ALIÉNÉS;

Par le Dr MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de Ville-Évrard.

La Seine va construire un nouvel asile d'aliénés. Notre devoir à tous est de crier bien fort qu'il ne doit ressembler en aucune façon aux quatre existants, car ces quatre établissements ne sont pas précisément des asiles d'aliénés, construits qu'ils ont été par des architectes qui semblent avoir ignoré les premiers besoins de ces malades. Aussi ne saurait-on trop regretter que M. Bourneville, dont la compétence égale l'autorité en la matière, n'ait point commencé son rapport sur la création projetée par l'exposé des données relatives à la disposition des quartiers, regret rendu bien plus vif par la première partie parue et consacrée aux services généraux, dans laquelle avec clarté et méthode, les moindres détails sont notés et toutes les difficultés résolues[1]. Les quartiers sont, en effet, ce qui caractérise l'asile d'aliénés et les distingue de toute autre maison hospitalière ; selon ce qu'ils valent, l'établissement est bon ou mauvais. Il y aurait donc un grand intérêt, je crois, à établir

[1] Bourneville. — *Rapport sur la construction d'un cinquième asile d'aliénés dans le département de la Seine.* In-4° de 104 pages; première partie. Les sujets traités sont : population; choix de l'emplacement; murs de clôture; habitation des médecins, du directeur, etc.; logements du personnel secondaire; service des morts; infirmeries; pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses; bains et hydrothérapie; cuisine; ateliers; pavillon des cellules.

nettement en quoi consistent ces quartiers et à montrer les bons et les mauvais côtés, ces derniers malheureusement les plus nombreux de ceux que possède actuellement la Seine. Ce travail nous l'entreprenons pour Ville-Evrard et nous souhaitons que, dans chacun des trois autres asiles, il se trouve un médecin qui veuille bien se charger également de ce soin. Si, après cela, les mêmes fautes étaient commises, du moins le service médical ne pourrait être accusé de s'être désintéressé de la question.

Dans les quartiers d'un asile d'aliénés, il y a à considérer deux choses aussi importantes l'une que l'autre : les éléments communs, qu'il est indispensable de réunir quel que soit le genre de malades, paisibles, agités, demi-agités, gâteux, que ces quartiers sont destinés à recevoir, et les éléments spéciaux très différents au contraire selon les diverses catégories de sujets. Ce mémoire ne sera consacré qu'aux premiers, les seconds seront l'objet d'un autre travail.

Les éléments communs à tous les quartiers d'un asile d'aliénés sont au nombre de seize. Eh bien! il est possible de donner à quelques-uns d'entre eux, tout en se conformant aux nécessités imposées par le caractère spécial des habitants, un cachet de maison bourgeoise, éloignant ainsi toute idée de séquestration.

Et tout d'abord l'*entrée* et le *vestibule*. A Ville-Evrard, celui-ci de plain-pied est commun à deux sections ; il y en a en conséquence trois pour les six quartiers de l'asile. Cette disposition est des plus regrettables, non seulement parce qu'elle n'a rien d'une habitation ordinaire et ne permet pas la moindre illusion sur le milieu dans lequel on se trouve, mais encore parce que ces vestibules assez sombres, avec leurs hauts murs épais et nus, leur ouverture béante sur la galerie couverte extérieure et leurs portes d'entrée des sections au fond, à droite et à gauche, ont quelque chose de sépulcrale qui glace et attriste. Ils offrent encore ce double inconvénient de faire pénétrer dans le quartier par une des extrémités de la galerie couverte intérieure et de laisser se profiler au dehors dans toute leur longueur les façades des deux corps de bâtiments qu'ils creusent d'un grand trou. Il serait difficile, je crois, de trouver une disposition rappelant davantage la caserne. Au pensionnat il n'en est plus ainsi ; l'entrée des pavillons est agréable ; elle est précédée d'un petit perron auquel on accède par une série

de marches ; c'est très coquet. Malheureusement cette entrée qui réalise bien celle d'une habitation particulière a été placée à l'extrémité du bâtiment et s'ouvre sur un long boyau qui coupe celui-ci en deux et le long duquel sont situées les diverses pièces ; inutile d'insister sur une telle aberration. Rien donc n'est à imiter de Ville-Evrard sur ce point. A notre avis l'*entrée* des quartiers doit occuper le milieu du corps de logis, ainsi qu'il en est des villas ordinaires; la façade forcément un peu longue du bâtiment est par là coupée en deux et gagne beaucoup en élégance. Cette entrée, de plain-pied aux agités, aux malpropres et à l'infirmerie, partout ailleurs sera disposée comme celle des pavillons du pensionnat; le petit perron, la marquise et les marches recevront des suspensions et des vases de fleurs qui ne lui laisseront rien d'une porte d'aliénés. Quant au *vestibule*, dans lequel on pénétrera par cette entrée fleurie il sera ce qu'il est dans toutes les villes, égayé d'une lampe-suspension et d'ornements aux murs ainsi qu'aux angles, avec l'escalier en face au fond et communiquant d'un côté avec la salle de réunion et de l'autre avec le réfectoire. On atteindra de cette façon toutes les apparences de l'habitation d'un bon bourgeois.

Une autre partie du quartier à laquelle on réussit encore à enlever tout caractère spécial, est le *préau* et ses deux annexes, la *galerie couverte* qui longe tout le bâtiment pour servir d'abri aux malades lors des mauvais temps, puis la *clôture* qui enferme la section. Celle-ci est la première à examiner, car selon les moyens employés pour l'obtenir, le préau variera. A Ville-Evrard les quartiers sont fermés d'un seul côté par le corps du bâtiment ainsi qu'il doit en être toujours et des trois autres par un mur haut de 5 mètres, enfoncé dans des sauts de loup qui réalisent de vrais précipices. Les malades ont, avec cette disposition, l'avantage incontestable de jouir de tous les points de la cour d'une vue étendue en avant, à droite et à gauche, mais cette double vue latérale rend impossible toute séparation complète des aliénés par catégories distinctes, absolument indispensable cependant à leur bien-être et à leur guérison. Aussi avons-nous été obligés de demander et avons-nous obtenu qu'on surélevât tout au moins la muraille qui sépare la section des agités de sa voisine. Ensuite ces sauts de loup constituent un danger permanent surtout chez les paralytiques et les suicidiques, et de toute

nécessité dans ces deux divisions pour mettre fin à des accidents presque quotidiens, force a été de les entourer d'un treillis en fil de fer qui, ne gênant pas la vue, néanmoins donne un peu au préau l'aspect d'une cage. Enfin un autre inconvénient de ces sauts de loup est d'être des endroits où les malades prennent plaisir à uriner et à jeter mille saletés, où ils se cachent facilement, et qui, impossibles à surveiller simultanément à moins d'avoir trois gardiens de cour, un pour chaque côté, sont très difficiles à tenir propres.

Pour toutes ces raisons, hygiéniques et thérapeutiques, il n'est pas contestable que le saut de loup est une très mauvaise chose, aussi bien pour l'esprit que pour le corps de l'aliéné, pourtant il est nécessaire de clôturer le quartier et il est indispensable de laisser aux malades la vue de la campagne. Certains ont cru trouver la solution de ces difficultés dans une disposition en glacis du préau à partir soit de la galerie couverte, soit du tiers de la cour. Avec ce système, les accidents sont, sans conteste, évités et un seul gardien suffit à la surveillance des moindres recoins; mais sous cette forme de glacis la cour revêt forcément une apparence de fosse assez disgracieuse, ensuite vers sa partie la plus déclive, au pied du mur l'impression est des plus pénibles, on est écrasé par la muraille; enfin la vue de la campagne n'est obtenue que de la galerie couverte, il suffit de parcourir une partie du préau pour que le regard soit arrêté. Cependant, forcé de choisir entre les deux, j'opterai pour le glacis ; il a, à mon avis, moins d'inconvénients que le saut de loup, mais heureusement, nous ne sommes pas placés dans cette alternative, car les *murs des quartiers, ceux qu'on appelle les murs intérieurs, ne sont pas plus utiles que les murs de ceinture dits murs extérieurs.* Les sections n'ont besoin que d'être clôturées par une grille élégante sans pointes placée sur un soubassement d'un mètre de haut absolument comme les villas des particuliers. D'ailleurs l'expérience de ce mode de clôture a été réalisée au pensionnat de Ville-Evrard et a donné les meilleurs résultats. Si la distance de 20 mètres à laquelle doivent être échelonnés les quartiers ne suffisait pas à empêcher les communications il n'y aurait qu'à placer entre eux un rideau d'arbres verts ou mieux couvrir de plantes grimpantes les grilles latérales. On obtiendra de cette façon une clôture qui ne rappellera en rien au malheureux aliéné la séquestration à laquelle il est contraint.

Le *préau* qu'entourera la grille dont nous venons de parler, grille d'une force et d'une hauteur variables selon la nature des maladies mentales hospitalisées dans les sections, sera planté d'arbres, orné de parterres et sillonné d'allées munies de bancs rustiques ; il sera un jardin.

De même que l'entrée, le vestibule, la clôture et le jardin-préau, la *galerie couverte* est susceptible de se présenter dans son ensemble telle que celle d'une habitation particulière. Dans les sections autres que les agités, les malpropres et l'infirmerie où on accède par des marches, c'est également par des marches qu'elle communiquera avec la cour. On voit par là que, pour nous, elle doit s'étendre tout le long de la façade intérieure du bâtiment. On a accusé cette disposition d'être antihygiénique; on a remarqué qu'elle gênait l'entrée de l'air et de la lumière, qu'avec elle jamais un rayon de soleil ne pénétrait dans les diverses pièces du rez-de-chaussée et on a proposé de la placer latéralement en ne mettant en avant qu'un simple auvent permettant de s'y rendre sans être mouillé les jours de pluie, ainsi qu'il a été fait dans beaucoup de collèges. C'est justement cette assimilation qui nous porte à repousser cet emplacement latéral.

D'ailleurs, le système de clôture que nous avons adopté, la grille en fer, ne se prête pas à la disposition que nous combattons. Dans le jardin-préau, il est indispensable que par l'arrangement des lieux et la vue de la campagne, l'aliéné ait au moins là un endroit de la section où rien ne lui rappelle son isolement. Quant à l'objection tirée de l'entrave apportée au jeu d'air et de lumière, elle perd la plus grande partie de sa valeur du fait de la double façade avec ouvertures du bâtiment; le soleil gêné d'un côté trouvera sa revanche de l'autre. Sur cette galerie s'ouvriront les diverses pièces formant le rez-de-chaussée de la section; elle sera ornée de suspensions fleuries, de plantes grimpantes, de caisses de fleurs aux fenêtres et comme le préau munie de bancs rustiques.

Voilà donc diverses parties du quartier aménagées de telle sorte que ce point indispensable au prompt retour à la raison de l'aliéné, l'oubli du milieu où il se trouve, aura satisfaction. Il sera plus difficile d'arriver au même résultat avec les autres parties qui constituent le quartier, habitations de jour et de nuit; nous allons maintenant les examiner, toujours ayant pour guide ce principe : se rapprocher le plus possible de

la maison ordinaire. Nous passerons successivement en revue les pièces du rez-de-chaussée, l'escalier et les pièces du premier étage. Sous aucun prétexte un second étage n'est admissible ; il y a cette justice à rendre à Ville-Evrard que là cette faute au moins n'a pas été commise. La raison pour laquelle un second étage est condamné est celle pour laquelle d'une manière générale il ne doit pas y avoir de dortoir en bas, car on arrive ainsi à recevoir dans la section une population pour laquelle il ne reste plus la place nécessaire à l'aménagement d'un réfectoire et d'une salle de réunion assez vastes. Donc au rez-de-chaussée il n'y aura que des habitations de jour, constituées par le réfectoire et la salle de réunion. Ces deux pièces sont aussi indispensables l'une que l'autre, celle où l'on mange ne saurait être celle où l'on réside, car alors il est impossible d'aérer et ce milieu ne tarde pas à devenir très délétère, sans compter qu'avec une pièce unique, le nettoyage et le service de la nourriture sont d'une extrême difficulté, le service du vin surtout. A l'asile de Ville-Evrard, chaque quartier possède les deux.

Le *réfectoire* nous occupera tout d'abord. Les dimensions dépendent des catégories de malades qui doivent y prendre leurs repas, nous nous en occuperons en conséquence dans notre mémoire relatif aux quartiers spéciaux.

Restent trois choses à considérer, l'aménagement de la salle, les tables et les sièges pour les repas, la vaisselle. Le réfectoire sera orné de tableaux représentant des natures mortes, de statuettes aux angles et de deux suspensions fleuries en imitation de terre cuite. Que l'éclairage ait lieu par le gaz ou l'électricité, il serait à souhaiter que les becs ne fussent pas à nu, mais disposés en manière de lampe pour salle à manger. Aujourd'hui, on trouve toutes ces ornementations à des prix extraordinaires de bon marché, et avec une somme relativement minime on arrivera à donner à cette pièce un cachet de maison bourgeoise. Dans ce but un buffet sera utile, dans le genre de ceux que nous avons fait confectionner à l'asile même pour les quartiers de Ville-Evrard, buffets vitrés laissant voir la vaisselle disposée avec ordre et propreté ; la présence de ce meuble et des divers ornements dont nous venons de parler projettera de la gaieté et rappellera une salle de restaurant. C'est encore pour accentuer ce rapprochement que, sauf aux agités où les dispositions doivent être spéciales ainsi que nous

l'établirons ailleurs en traitant particulièrement de cette section, les tables avec bancs mobiles seront le plus possible disposées comme dans ces établissements pour 6 ou 8 malades au plus, sur deux rangées, tables en bois, recouvertes d'un marbre adhérent, munies également de roulettes afin qu'elles soient facilement traînées durant l'été sous la galerie couverte et les arbres du préau pour permettre de prendre les repas en plein air et avec la vue de la campagne comme dans les cabarets de la banlieue, au milieu des fleurs et des arbustes; petites attentions qui ne coûtent pas bien cher mais qui, en variant l'existence de l'aliéné et en la rapprochant le plus possible de la vie libre, contribuent grandement à la guérison tout en assurant une meilleure hygiène. La vaisselle également mérite l'attention. Chacun aura son carafon de vin, son verre, son couvert et sa serviette ; les assiettes seront en faïence ornée, plus agréable que la blanche et qu'on a pour peu d'argent. Enfin, deux autres précautions hygiéniques sont à prendre : les murs seront lambrissés à hauteur de $1^m,20$ à $1^m,50$ pour garantir de l'humidité, et un filtre Pasteur sera établi dans un des angles de la pièce ou mieux peut-être de l'office afin que l'eau prise en boisson soit absolument pure. Quant au chauffage, il sera fourni par un calorifère dont les bouches s'ouvriront dans le mur à une hauteur convenable, pour que les aliénés ne puissent y jeter leurs ordures ainsi qu'il arrive chaque jour à Ville-Evrard dans toutes les sections, même aux travailleurs, où ces bouches sont situées dans le plancher.

Il est indispensable qu'au réfectoire et en communication directe avec lui soit annexée une pièce qui manque dans tous les quartiers de l'asile de Ville-Evrard, nous voulons parler de l'*office* ou *laverie*. Son absence entraîne les plus graves inconvénients, tout d'abord au point de vue de la propreté de la salle à manger, ensuite les gardiens sont obligés d'abandonner le service pour avoir de l'eau chaude. Le sol sera en ciment. Cet office contiendra un placard pour renfermer la grosse vaisselle, un bassin et un évier, plus un robinet d'eau fraîche et un robinet d'eau chaude. Nous disons un robinet d'eau chaude, car sauf à l'infirmerie et aux malpropres où il y a des tisanes et des potions à réchauffer, dans les autres quartiers il ne faut pas de réchaud. En mettre un partout, sous prétexte de s'en servir pour réchauffer les aliments, est une utopie. Il n'y a qu'à adapter à la cuisine le système employé à l'asile de Vincennes

et les mets arriveront chauds dans les quartiers, car ce n'est pas leur transport qui les refroidit mais le temps mis à découper les portions. Le réchaud, ailleurs qu'à l'infirmerie et aux malpropres, ne sert, qu'on me permette cette expression, qu'à *fricoter*. Tous se battent pour en profiter. Il n'est donc pas seulement inutile, il est dangereux. L'eau doit arriver chaude dans les sections de telle sorte que pour en avoir il suffit d'ouvrir le robinet de l'office [1].

Une autre pièce importante du rez-de-chaussée est la *salle de réunion*. Les dimensions variables selon les quartiers spéciaux doivent être triples, dans tous les cas, de celles du réfectoire, puisqu'on y réside plus longtemps et qu'on s'y meut davantage. Dans les six quartiers de Ville-Évrard, celle-là est, au contraire, plus petite que celui-ci, d'environ 17 mètres carrés. C'est là une erreur incompréhensible. La faute commise ici a eu pour résultat de rendre illusoire la séparation du chauffoir et du réfectoire; comme il est absolument impossible de mettre 50 malades dans le premier, on est forcé d'ouvrir la porte de communication avec le second et de faire ainsi une pièce unique des deux. Cette salle de réunion, lambrissée elle aussi à hauteur de $1^m,20$ à $1^m,50$ et pour les mêmes raisons que précédemment chauffée par des bouches de chaleur placées dans le mur à hauteur convenable, sera également très ornementée par des tableaux représentant des sujets divers le long des panneaux, des statuettes aux angles, des suspensions lumineuses tombant du plafond avec les becs de gaz ou d'électricité disposés en forme de lustre. Des bancs à dossier, des chaises et des tables de jeu formeront le mobilier. Bien que la pièce soit chauffée au calorifère, il est bon d'y avoir une cheminée comme ornement avec un marbre sur lequel on placera une garniture ou des paniers de fleurs. Le parquet en chêne sera ciré, comme celui du réfectoire d'ailleurs.

Ici se place une question intéressante : vaut-il mieux avoir de grands *parloirs* centraux ou n'est-il pas préférable que chaque quartier ait le sien? Les grands parloirs centraux sont d'usage courant. Au pensionnat de Ville-Évrard, très sagement, à mon avis, on a rompu avec cette tradition et chaque pavillon possède un petit salon où les familles visitent leurs

[1] Ou mieux encore on peut avoir dans chaque office un petit appareil à gaz, comme celui de M. Laurel, qui fournit instantanément de l'eau chaude.

malades. J'opinerai pour qu'il en soit ainsi dans le nouvel asile. D'abord, il est quatre sections où les visites ont forcément lieu sur place, car il serait impossible de conduire les aliénés qu'elles hospitalisent dans un local commun, ce sont celles des agités, des malpropres, de l'infirmerie et des suicidiques. De toute nécessité, il faut une petite salle de réception dans chacune de ces quatre divisions. On voit qu'en somme, les grands parloirs centraux ne servent qu'aux tranquilles et aux semi-tranquilles, ne vaut-il pas mieux dès lors que chaque quartier reçoive ses visites, d'autant plus que parmi les semi-tranquilles il est encore un certain nombre qu'on est forcé de visiter à demeure. En dotant chaque division d'une pièce destinée aux familles, on aura cet avantage de faciliter les visites sans trop nuire au service; or, je suis partisan de la liberté la plus grande à cet égard pour tous les aliénés; j'estime qu'on doit pouvoir rendre visite aux malades tous les après-midi et les promener au dehors quand leur état mental le permet; je considère ces relations fréquentes et les promenades extérieures comme de puissants moyens thérapeutiques. Une chose encore qui me porte à condamner ces parloirs centraux, c'est qu'ils ont un cachet spécial qui rappelle la détention ou tout au moins le collège et la surveillance des pions. Encore une fois détruisons tout ce qui est susceptible d'impressionner désagréablement l'aliéné. Qu'il reçoive donc les visites de ses parents dans un local de sa section qui soit comme le salon de son habitation, orné de tableaux, de fleurs, de statuettes aux angles, d'une garniture de cheminée et d'une suspension centrale, meublé de bancs à dossier, de chaises et de tables et qu'il sorte avec eux pour villégiaturer toutes les fois que son état le permettra.

Les petits services ont été complètement sacrifiés à Ville-Évrard. Ce sont eux pourtant qui font la commodité des habitations, de même que le confortable des logements de jour et de nuit en fait le charme. Nous venons de voir que les quartiers étaient dépourvus d'office, ils sont également dépourvus de *lingerie*. On a dû, pour remédier à cet oubli, mettre dans les chambres des gardiens, déjà petites, les armoires à linge, de telle sorte que ces infortunés ont tout juste la place nécessaire pour se glisser dans leur lit. Les dimensions, d'ailleurs, n'ont pas besoin d'être bien grandes, pourvu que les armoires à casiers y trouvent leur place et que le service y soit facile,

et n'y a rien autre à demander; elles varient d'ailleurs avec les divers quartiers.

Un autre petit service qui n'a pas été, lui, oublié à Ville-Évrard c'est la *décharge*, mais si on lui a donné ici des dimensions suffisantes, environ 4 mètres carrés, et si on l'a munie tout autour d'une étagère, on l'a privée de fenêtre; seule la porte et au-dessus d'elle une imposte éclairent l'intérieur qu'entourent d'épais murs, aussi cette pièce est-elle très sombre et l'air ne s'y renouvelle-t-il que très difficilement; dans l'établissement on ne l'appelle que le *caveau;* elle n'est connue que sous ce nom qui lui convient, d'ailleurs, fort bien. Or, dans un quartier, la décharge est, après les cabinets d'aisance, l'endroit le plus malsain de l'habitation, puisque c'est là qu'on dépose le linge sale, les balais, les chiffons; l'hygiène la plus élémentaire exige que l'air et la lumière y circulent largement, que celui-là y soit constamment renouvelé. Il est donc de toute nécessité que ce local tel qu'il est à Ville-Évrard ne serve pas de modèle pour le nouvel asile.

Nous avons fini avec les pièces du rez-de-chaussée. Occupons-nous maintenant de l'escalier qui mène à l'unique étage que doit avoir le quartier. Nous avons dit plus haut que l'emplacement de cet escalier était au fond du vestibule en face de la porte d'entrée; cette disposition a l'avantage de ne pas le mettre à la portée des malades. Quand celui-ci est, comme à Ville-Évrard, au milieu du quartier, à la disposition constante des aliénés qui passent et repassent devant, il est une cause de soucis continuels; beaucoup de malades s'y cachent pour se dérober à la surveillance, et si on cherche à y remédier par une porte, celle-ci est à tout instant escaladée, et devient aussi un inconvénient de plus. En plaçant l'escalier là où nous l'indiquons, on supprime toutes ces incommodités. M. Bourneville, dans la première partie de son rapport, a très bien indiqué les conditions que doit remplir tout escalier dans un service d'aliénés, et il n'y a qu'à se conformer aux indications qu'il donne. A Ville-Évrard, les rampes sont à noix, sur supports; elles sont, par conséquent, très défectueuses. L'escalier sera en bois, chêne ciré, ou en pierre, je crois que dans le choix de l'un ou de l'autre, il convient de tenir compte des sexes, si on ne se rallie pas à une proposition que j'émettrai tout à l'heure. L'escalier en pierre convient davantage dans les services d'hommes qui vont travailler au dehors, beaucoup dans

les champs, et rentrent avec leurs souliers très crottés; l'escalier en bois dans les services des femmes dont les occupations sont intérieures.

Nous arrivons au premier étage qui renferme au milieu un vestibule avec les chambres de gardiens, puis, à droite et à gauche, les dortoirs des malades.

Il est de toute nécessité que les *chambres des gardiens* s'ouvrent sur ce vestibule. Il ne faudrait pas renouveler la faute commise à Ville-Évrard aux nouveaux quartiers des travailleurs, Pinel et Esquirol, où ces chambres ont été placées au fond des dortoirs, de telle sorte que les surveillants, pour sortir, sont obligés de les traverser d'un bout à l'autre et se trouvent ainsi à la merci des malades qui peuvent les assiéger et les empêcher de chercher du renfort. La chambre sera aménagée de manière que le lit du gardien soit adossé à la cloison du dortoir qui, à proximité de la tête, sera percée d'une lucarne avec un verre pour empêcher le passage des mauvaises odeurs, particulièrement aux gâteux et à l'infirmerie, verre qui sera protégé par un grillage du côté des aliénés; de cette façon, le surveillant, sans se déranger de son lit, n'aura qu'à regarder par cette lucarne pour s'assurer de ce qui se passe dans le dortoir, et il lui sera formellement interdit de boucher celle-ci avec un rideau, puisqu'il sera à l'abri de toutes les émanations. Aucune de ces conditions n'est remplie à Ville-Évrard. Il serait convenable que l'ameublement de ces chambres fût un peu confortable; un bon lit avec sommier, deux matelas, traversin et oreiller, une descente de lit, une table de nuit, une armoire, un portemanteau, une table de toilette, une table de milieu et deux chaises. Si on veut obtenir un bon service, il faut soigner le serviteur. Chaque gardien devrait avoir ainsi sa chambre, son chez lui.

Les dortoirs avec leurs accessoires nous retiendront plus longtemps. Et tout d'abord combien de lits comportent-ils? A cet égard les avis sont assez partagés, et varient surtout avec la population du quartier. A notre sens celle-ci devrait être au maximum de cinquante malades, soixante nous paraît un chiffre trop élevé; à la rigueur pourtant nous nous y résignerions. Dans ces conditions mieux vaut-il deux dortoirs de trente lits ou quatre dortoirs de quinze; ce qui revient à demander s'il est préférable de placer les chambres des gardiens au milieu au lieu de les placer aux extrémités. S'il n'y a que deux serviteurs

pour assurer la surveillance, cette dernière disposition pour les raisons que nous venons de donner n'est même pas à mettre en discussion, ce serait recommencer la grosse faute commise à Pinel et à Esquirol. Mais s'il y a d'autres gardiens logeant dans le vestibule, en dehors du dortoir, il n'y a plus d'inconvénient à en mettre dans l'intérieur même. Néanmoins je crois un dortoir unique beaucoup plus facile à surveiller et la surveillance beaucoup plus assurée avec les serviteurs placés à chaque bout. J'opinerai donc pour deux grands dortoirs de trente lits; bien entendu, qu'il n'est pas question ici ni des agités ni des malpropres pour lesquels un dortoir de quinze lits serait déjà excessif.

Le cubage de ces dortoirs dont les portes ouvriront à l'extérieur et non à l'intérieur comme à Ville-Evrard, afin qu'on n'y puisse se barricader, comme d'ailleurs les portes de toutes les pièces d'une manière générale dans un asile, le cubage varie considérablement avec l'espèce de malades hospitalisés, nous n'en parlerons pas pour l'instant. Les fenêtres peuvent être disposées de telle sorte que dans la largeur de chaque trumeau on place deux lits. On perd ainsi beaucoup de place; peut-être est-il préférable d'élever leur appui à $1^{m},30$ pour que l'on n'ait pas à s'en occuper relativement à l'emplacement de ceux-ci. Longtemps les fenêtres ont été protégées soit par des barreaux de fer, soit par des grillages; aujourdui on se contente de les maintenir entr'ouvertes au moyen de crochets ou de chaînettes. Les crochets et les chaînettes doivent disparaître comme ont disparu les grillages et les barreaux de fer; il suffit que la nuit les fenêtres soient fermées à clef à l'aide d'un système offrant toute garantie de solidité. En outre la ventilation, qu'on a complètement oubliée à Ville-Evrard, sera assurée par des ouvertures munies de registres et pratiquées les unes au niveau du plancher pour l'entrée de l'air extérieur, les autres au plafond ou au ras du plafond, ces dernières s'ouvrant dans les cheminées d'appel. Enfin, si sans conteste les habitations de nuit ont moins besoin d'ornementation que les habitations du jour, il en faut pourtant un peu. On trouvera sans doute que j'insiste trop sur cette question d'ornement, mais elle est si négligée dans tous nos établissements français alors qu'on lui accorde une si large place dans les établissements étrangers, suisses et belges surtout, nos murs nus sont si laids et si tristes et d'un autre côté il est si facile aujourd'hui pour peu

d'argent d'avoir des choses ravissantes, des imitations de quatre sous, d'un long usage et très jolies, que je crois utile d'insister comme je le fais. Quand on mettrait aux plafonds des dortoirs quelques suspensions lumineuses sous forme de lanternes, aux angles quelques lampes au mur, et qu'on donnerait un léger cachet aux becs d'éclairage, où serait le mal ?

La *literie* mérite une sérieuse attention, elle se composera, en dehors de l'infirmerie et des malpropres dont nous nous occuperons ailleurs, d'un lit en fer, d'un sommier, d'un matelas et d'un traversin de laine et de crin, d'un oreiller, de deux draps et de couvertures de coton et de laine, selon les saisons, et aussi d'une descente de lit.

C'est vraiment pitié que dans les asiles français presque sans exception le malheureux aliéné soit partout obligé de rester pieds nus sur le parquet, même souvent aux infirmeries, quand il est si facile avec de la sparterie de fabriquer des descentes de lit qui reviennent à 1 fr. 50 pièce ! Que chaque malade ait donc la sienne, ce sera aussi propre, aussi coquet et aussi hygiénique que peu coûteux. Et aussi une table de nuit. Le problème d'une bonne table de nuit pour aliéné est plus difficile à résoudre qu'on ne croit. Je me suis arrêté à la suivante que je me garderai pourtant de donner comme une perfection. Ma table de nuit n'est pas plus haute qu'une chaise et par conséquent elle sert en même temps de siège pour se déshabiller, enlever la chaussure, les bas et le pantalon ; avec elle et sans chaise on n'est pas forcé pour ces opérations d'affaisser et de déplacer par son poids le matelas du lit. Elle se compose de deux parties : une supérieure pleine qui contient un tiroir destiné à renfermer les objets de toillette ; une inférieure vide juste assez large pour recevoir le vase de nuit et limitée par quatre pieds qui soutiennent la partie supérieure et viennent se reposer sur le fond destiné à recevoir le vase ; comme celui-ci serait exposé à tomber à travers les intervalles des quatre pieds, un léger treillis en fil de fer bouche trois de ces espaces et seul l'espace antérieur reste libre pour son passage. Cette table de nuit offre les quatre avantages suivants : de servir en même temps de siège, de renfermer les objets de toilette, d'être très facile à tenir propre, et de ne laisser une fois le vase de nuit en place, aucun espace servant de cachette à des objets prohibés ou autres.

Après la literie les *objets de toilette;* c'est là encore un point

beaucoup trop négligé dans les asiles français. Tous les aliénés, sauf les gâteux et quelques agités, devraient avoir à leur disposition un peigne, une brosse à cheveux, une brosse à habits et un morceau de gros savon, plus une serviette qui serait suspendue par un petit crochet inoffensif à la tête du lit, sur le mur. Enfin je me demande pourquoi entre chaque deux lits on ne mettrait pas un grande glace à bon marché qu'on placerait de telle sorte que le malade s'y verrait pour faire sa toilette sans qu'elle fût immédiatement à sa portée. Ces glaces placées ainsi de distance en distance tout autour du dortoir, jointes aux quelques ornements dont nous avons parlé tout à l'heure, transformeraient à peu de frais ces lieux si nus et si tristes en de gaies habitations de nuit.

Mais reste un dernier détail, un annexe important : le *lavabo*. Il en faut dans tous les dortoirs; dans une partie détachée, disposée pour laisser s'écouler l'eau, par un tuyau central. De cette façon le parquet en chêne ciré de la salle ne sera pas souillé puisque la pièce où on se lavera en sera indépendante, tout en restant cependant accessible à la surveillance. Elle sera pourvue d'un parquet spécial à claire-voie oud'uncarrelage. On n'aura d'ailleurs qu'à prendre pour modèle Sainte-Anne où ce service m'a paru fort bien organisé. Pourquoi dès lors ne l'a-t-on pas reproduit quand on a construit Ville-Evrard? Mystère et Architecture. Le nombre des cuvettes doit varier avec les catégories de malades. Il serait hygiénique aussi, me semble-t-il, dans les services de femmes de disposer quelques bidets pour le lavage des parties intimes plus compliqué que chez l'homme; dans les nombreux asiles que j'aie parcourus je n'ai rien vu de prévu pour ces soins particuliers.

Il est d'usage dans beaucoup d'asiles, et dans tous leurs quartiers, plus particulièrement encore aux travailleurs, d'obliger les malades à se déchausser à la porte des dortoirs par mesure de propreté; ils sont ainsi forcés de se rendre à leurs lits en chaussettes. Cette mesure est anti-hygiénique au premier chef et dans les services que j'ai dirigés je l'ai énergiquement combattue. Mais alors même que l'aliéné a ses souliers à sa disposition, il reste presque toujours pieds nus sur le parquet la nuit pour uriner et c'est pieds nus qu'il se rend au cabinet s'il en a besoin.

Nous avons insisté plus haut sur la nécessité d'une descente de lit, nous insisterons maintenant sur la nécessité d'une

chaussure de nuit différente de celle du jour; la propreté et l'hygiène y trouveraient leur compte. Chaque malade devrait avoir à sa disposition une paire de chaussons dans lesquels il n'aurait qu'à fourrer ses pieds soit pour uriner, soit pour aller au cabinet, soit surtout pour se rendre le matin au lavabo et faire sa toilette. La dépense ne serait pas très forte et on n'aurait pas souvent à la renouveler. Il serait alors possible d'installer dans le vestibule, vers la partie ouverte sous l'escalier, une grande armoire à casiers où seraient déposés ces chaussons; les malades seraient invités à les prendre avant de monter et à y laisser leurs chaussures de jour, ce qui permettrait d'avoir tous les escaliers en chêne ciré et de les orner d'un tapis à bon marché, qui ne serait plus exposé à être tout de suite souillé. Cette disposition ne rencontrerait pas de difficultés, d'autant plus que nombreux sont les aliénés de toutes catégories qui souffrent de cette absence totale de pantoufles.

Les dortoirs de l'asile de Ville-Evrard sont incontestablement ce qu'il y a de plus hygiénique et de meilleur dans la maison. S'il sont dépourvus de toute ornementation et de descente de lit, si le nombre des cuvettes mises à la disposition des malades est un peu insuffisant, si les fenêtres sont situées à $1^{m},10$, si les portes s'ouvrent en dedans, si la ventilation n'est pas assurée par des ouvertures munies de registres, et si, dans le principe, il n'y avait pas de cabinet de nuit, ces dortoirs remplissent la condition essentielle et primordiale d'avoir un cubage d'air suffisant. En outre les aliénés ont à leur disposition et à discrétion tous les objets de toilette dont ils ont besoin : peigne, brosses et savons. C'est pourtant un de ces dortoirs, dont l'éloge est cependant mérité, qui est cause des nombreuses défectuosités que nous avons cru de notre devoir de signaler afin qu'on les évitât dans le nouvel asile et ce, parce qu'il a été placé au rez-de-chaussée; il a absorbé ainsi 16 mètres sur 40 et on n'a plus trouvé l'espace nécessaire pour les habitations de jour et les petits services. Il doit en être d'un quartier comme d'une villa : en bas le vestibule, le salon, la salle à manger et l'office, en haut les chambres à coucher.

Les cabinets de jour et de nuit, une des questions d'hygiène les plus compliquées et les plus difficiles à résoudre dans un asile d'aliénés! Aux deux conditions de propreté et de salubrité des water-closets ordinaires, s'ajoute ici une troisième : la surveillance. Le problème est cependant simplifié si l'éta-

blissement applique le tout à l'égout, ce qui sera, je l'espère pour le nouvel asile de la Seine. Quoi qu'il en soit, tout cabinet dans un asile doit remplir les cinq conditions suivantes qui se trouvent réalisées dans ceux que M. Masson, l'éminent ingénieur de la ville de Paris, a bien voulu construire sur mes indications pour les dortoirs de Ville-Evrard. La profondeur sera d'un mètre et la largeur de 70 centimètres, afin que le malade ait juste la place pour se servir de la lunette et soit dans l'impossibilité matérielle de se placer ailleurs; la baie d'entrée de $1^{m},10$ de hauteur et la porte haute de 75 centimètres laissant voir la tête et les pieds, cette seconde condition est aussi indispensable à assurer la surveillance que la première à assurer la propreté. En troisième lieu la porte se fermera d'elle-même, car alors elle viendra taper le malade s'il n'était pas dans l'axe de la lunette, et quatrièmement, en se fermant ainsi d'elle-même, elle ne fera pas de bruit. Ce dernier point est assez difficile à réaliser, aussi pour l'obtenir a-t-on imaginé des portes à deux vantaux, ouvrant dans les deux sens et revenant d'eux-mêmes. Enfin, jeu automatique de l'eau. J'ajouterai qu'il est bon que le sol et les parois soient cimentés ou revêtus de faïence; le premier légèrement incliné d'arrière en avant, et les secondes disposées en demi-lune dans le fond. Il est indispensable que chaque cabinet soit individuel. Le ciment ou la faïence permettront un facile nettoyage et la propreté sera ainsi assurée à la condition toutefois de proscrire rigoureusement le lavage à grande eau. Les water-closets doivent être entretenus avec l'aide exclusive de l'éponge mouillée et de la brosse.

Dans leur grand rapport de 1894, les inspecteurs généraux de l'époque, Lunser, Dumesnil et M. Constans recommandent comme étant le meilleur siège un système de bourrelets en bois, légèrement taillés en biseau et fixés au moyen de vis sur des cuvettes en fonte émaillée. Autant que possible il convient de se passer de siège, tout au plus en mettra-t-on dans les cabinets de nuit qui sont peu utilisés; mais dans les cabinets de jour où chacun passe une fois au moins chaque vingt-quatre heures, il est inutile d'en placer, car d'après mon expérience les malades s'arrangeront pour se soulager n'importe où plutôt que de s'asseoir dessus, ils ont conscience que c'est là une pratique très malsaine qui expose à toute sorte de contagion et ils n'ont pas tout à fait tort. Avec le tout à l'égout, il n'y pas à s'occuper

de la tinette et de ses émanations. Si ce système excessivement hygiénique ne fonctionne pas dans l'établissement, celle-ci sera mobile afin que la vidange se fasse tous les jours de grand matin. Dans les services d'hommes, il est indispensable d'annexer aux water-closets des urinoirs qui seront le plus possible à portée des malades, car s'ils sont obligés de courir pour les avoir et surtout de se mouiller ou de patauger dans la boue comme à Ville-Evrard, ils urineront certainement en cachette là où ils se trouveront; que le tout à l'égout existe ou non, ces urinoirs seront disposés de façon à empêcher toute stagnation de l'urine.

Enfin relativement à ce service des vidanges une dernière question tout aussi importante que les précédentes est celle de l'emplacement de ces cabinets et de ces urinoirs. Tout d'abord nous dirons que les uns et les autres doivent être réunis afin de ne pas multiplier les foyers d'insalubrité; néanmoins il est indispensable d'avoir des water-closets dans trois endroits différents du quartier pour les besoins du jour, du soir et de la nuit, nous nous expliquons.

Quand on construisit l'asile de Ville-Evrard, on n'a prévu de cabinets que pour la journée, première erreur; on les a disposés de telle sorte que l'aliéné échappe à toute surveillance et qu'à moins d'y pénétrer à sa suite il est impossible de s'assurer de ses actes, deuxième erreur; on les a placés à l'extrémité de la cour, et il s'ensuit que par tous les temps, pluie, neige ou grêle, que le sol soit sec, humide ou boueux, le malade est forcé de traverser celle-ci d'un bout à l'autre à découvert pour s'y rendre. Il serait difficile en vérité, de trouver pire. L'emplacement des cabinets et des urinoirs réunis est sous la galerie couverte à une de ses extrémités; ils sont ainsi à portée des personnes et à couvert. Ici, au lieu d'y mettre les cabinets, on y a percé des portes afin que le quartier aux deux bouts communiquât librement avec ses voisins et qu'il fût permis aux gardiens de se rendre facilement les uns chez les autres pour bavarder, jouer aux cartes et trinquer sans passer par le dehors, ce qui les aurait exposés à être découverts. Il ne doit y avoir qu'une seule entrée dans la section, l'entrée que nous avons placée avec le vestibule au milieu du bâtiment coupant ainsi en deux sa façade un peu longue. Quant aux extrémités de la galerie couverte, fermées, elles recevront, l'une les cabinets et les urinoirs, l'autre, la décharge qui sera ainsi suscep-

tible d'avoir toute l'aération et toute la lumière nécessaires.

Cabinets et urinoirs dans un autre emplacement sont aussi indispensables pour les soirs d'hiver. Dès que la nuit arrive, force est, pour éviter les accidents et les évasions, de rentrer les malades; ils sont placés dans la salle de réunion et le réfectoire, quand celle-là, comme à Ville-Evrard, est insuffisante, et toutes les portes extérieures sont fermées. Or, dans notre asile, on n'a rien prévu pour ce cas et on doit remédier à cette lacune inconcevable, qui existe également à Pinel et Esquirol ouverts pourtant en 1883, par un infect baquet placé dans un coin du vestibule et qui reçoit le superflu de la nourriture et de la boisson ! Est-ce assez hygiénique ? à la section des travailleurs [1] surtout où chaque quartier compte 150 aliénés. Des cabinets et des urinoirs sont donc indispensables pour permettre aux malades tenus à l'intérieur dès la nuit tombante, c'est-à-dire en décembre et en janvier à partir de cinq heures du soir, de vider leur vessie et leur rectum sans être incommodés par des émanations aussi malsaines que désagréables. Avec la disposition des lieux telle que nous l'avons indiquée, l'emplacement de ces commodités sera tout trouvé sous l'escalier; complètement cachées par celui-ci elles auront leur entrée dans la salle de réunion; grâce au tout à l'égout que nous préconisons avec tous les hygiénistes la pièce n'en sera en aucune façon incommodée.

Enfin des cabinets mais sans urinoirs, puisque chaque malade a son vase de nuit, sont nécessaires dans les dortoirs; leur emplacement là est au bout de la pièce comme M. Masson l'a réalisé à Ville-Evrard sur nos indications, car ainsi, de leurs chambres, les gardiens peuvent voir ce qui s'y passe, étant donné les conditions que nous avons indiquées de leur construction. Si le tout à l'égout n'existe pas, il faudra de toute nécessité modifier le système pour éviter les mauvaises odeurs. Le rapport de l'inspection générale conseille d'adopter une chaise percée munie d'une bascule automatique très sensible au moindre poids et de la placer dans une encoignure du dortoir en déterminant une ventilation au moyen d'un tuyau en caoutchouc qui met en communication le fond de la caisse avec une cheminée d'appel où le tirage est entretenu par un

[1] La construction de ce quartier annexé à l'asile ancien, a été une grosse erreur : ce quartier aurait dû être l'amorce d'un nouvel asile. Nous avons, dans le temps, dégagé notre responsabilité. (B.)

bec de gaz placé derrière une vitrine à la hauteur de deux mètres environ et qui sert en même temps à éclairer la pièce.

Nous touchons au terme de ce travail; quelques mots néanmoins sur la *borne-fontaine* qu'il est d'usage de placer dans la cour de chaque section à moitié de la galerie couverte. A Ville-Evrard cette borne-fontaine est partout en métal; les malades ont vite fait de démolir la serrure afin d'avoir à volonté de l'eau à leur disposition. Ces bornes-fontaines, dans les quartiers où leur fermeture est nécessaire pour résister aux assauts qui leur sont livrés, doivent être en pierre dure percée de deux trous, l'un pour le robinet, l'autre pour la clef du gardien. A mon avis, dans toutes les sections, leur emplacement est au milieu du préau où elles serviront d'ornement si on les pose sur un petit piédestal et si elles ont un peu de cachet. En mettant à droite et à gauche d'elles, dans les parterres, deux volières on réalisera une ornementation charmante et peu coûteuse.

Tels sont les éléments communs à tous les quartiers avec les particularités qu'ils comportent : ainsi donc chaque section doit avoir une entrée unique, un vestibule, un préau, une clôture, une galerie couverte, un réfectoire, un office, une salle de réunion, un parloir, une lingerie, une décharge, des chambres de gardiens, des dortoirs, des lavabos, des cabinets de jour de nuit et une borne-fontaine. Que les architectes soient bien pénétrés de la *nécessité absolue de ces seize éléments dans tous les quartiers sans exception*. Dans un autre mémoire j'essayerai d'établir quels sont les éléments spéciaux qui interviennent, en sus de ceux-là, selon que ces quartiers sont destinés à hospitaliser des agités, des gâteux, des tranquilles, des demi-tranquilles, des suicidiques ou des sujets atteints de maladies incidentes, et quelles modifications ces éléments communs subissent dans ces divers cas[1].

[1] Bien que sur un grand nombre de points nous soyons d'accord avec M. Marandon de Montyel, nous rappelons que les opinions exprimées par nos collaborateurs, dans leurs travaux originaux, n'engagent ni le Comité de direction, ni la rédaction. (B.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'INTOXICATION DANS L'ÉPILEPSIE [1];

Par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière; et RAYMOND PETIT, interne des hôpitaux.

Causes et pathogénie. — L'étude des causes de l'épilepsie commune est chose délicate. Depuis longtemps déjà, on s'est préoccupé de cette question et les avis restent encore très partagés, au moins sur plusieurs points. Quoi qu'il en soit, nous allons essayer d'y revenir, nous efforçant de voir quelles ont pu être les raisons de ces divergences d'opinion, et tâchant surtout de tirer des nombreux faits déjà rapportés et de ceux que nous avons pu voir, une conclusion générale, sinon absolue.

Il est un point sur lequel tous les auteurs semblent jusqu'aujourd'hui absolument d'accord : c'est l'influence considérable de l'hérédité sur l'épilepsie. En effet, les épileptiques sont presque tous des dégénérés dans le sens le plus large du mot. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les antécédents héréditaires d'une série de malades pour voir entrer en ligne les névropathies, les déformations tératologiques, les psychopathies, la goutte, le diabète, la phtisie, le rhumatisme, la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme, etc.

La dégénérescence héréditaire a une grande tendance à se localiser sur les tissus, les systèmes, les organes, tout en laissant une impression générale sur l'ensemble de l'organisme, car l'homme est un être complexe dont les composants sont intimement reliés, si bien que tout ce qui frappe l'un, retentit forcément sur l'autre. Le système nerveux est très souvent le siège de cette localisation apparente comme l'ont déjà montré

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 98, 99.

P. Lucas [1], Morel [2], Moreau (de Tours) [3], Féré [4] et d'autres.

On sait que pour les maladies du système nerveux, l'hérédité de transformation est bien plus fréquente que l'hérédité similaire qu'on pourrait presque considérer comme exceptionnelle. Nous avons montré ailleurs [5] quel était généralement, et dans ses grandes lignes, le mode de succession et de transformation morbide en hérédité nerveuse. La neurasthénie engendrerait l'hystérie, celle-ci donnerait naissance à l'épilepsie, et l'on verrait ensuite paraître les états mentaux, les vésanies, l'idiotie, et finalement comme dernier terme de dégénérescence le crétinisme qui ne peut plus fournir de descendance; l'excès du mal devenant un remède, en mettant fin à la série de la dégénérescence. Bien entendu, ce ne sont que des vues schématiques, car un ou plusieurs termes de la progression peuvent manquer, les neurasthéniques ou les névropathes peuvent d'emblée, par exemple, donner naissance à des épileptiques. Pour l'épilepsie, cette règle de transformation est surtout très manifeste pour l'alcoolisme chronique. Dans ces cas, l'enfant est souvent idiot en même temps qu'il est épileptique.

L'hérédité similaire est fréquente surtout si on pense au nombre assez considérable de parents qui deviennent épileptiques après la naissance de leurs enfants, et surtout au grand nombre d'enfants qui meurent en bas âge à la suite de convulsions. Dans ces cas, il peut y avoir hérédité directe ou croisée, car l'hérédité similaire suit, comme l'hérédité de transformation, les lois générales de l'hérédité.

Echeverria [6] rapporte des statistiques qui prouvent que l'hérédité similaire est le plus souvent indirecte. Les observations de MM. Bourneville et Féré plaident dans le même sens. Contrairement à ce que pensaient Foville et Baillarger, on peut voir l'hérédité en retour, l'épilepsie passant du grand'père au petit-fils sans avoir atteint le père.

On peut se demander si les deux opinions ne sont pas con-

[1] P. Lucas. — *Traité philosophique et psychologique de l'hérédité morbide* (1880).

[2] Morel. — *Traité des dégénérescences* (1857).

[3] Moreau. — *Psychologie morbide* (1859).

[4] Féré. — *La famille névropathique, Arch. Neurologie* (1884).

[5] Jules Voisin. — *L'idiotie* (1893).

[6] Echeverria. — *Journal of mental science*, october 1880.

ciliables, bien que diamétralement opposées en apparence. En effet, si l'hérédité similaire est parfois homochrone, il arrive cependant, dans la plupart des cas, qu'il y a une tendance très marquée à l'anticipation chez les descendants. Le petit-fils d'un épileptique pourra donc présenter les premiers accidents de l'épilepsie avant qu'ils se soient manifestés chez le père. On peut donc concevoir que, pour une raison ou pour une autre, l'épilepsie qui éclate chez le fils n'ait pas eu le temps ou l'occasion de se manifester chez le père, bien que celui-ci ait également hérité de la prédisposition morbide qu'il a transmise à son descendant. Tels sont les cas de Curv... et de Lavril... ; voici deux malades qui sont entrées à l'hospice, il y a quinze ans, pour des accès épileptiques, et dont les parents n'ont des accès que depuis quatre ans. Leurs mères à toutes deux sont épileptiques.

Quant à savoir si l'hérédité paternelle est plus ou moins fréquente que l'hérédité maternelle, la chose est difficile. Cependant nous pensons avec Téreszkiewiez que l'hérédité du côté maternel est plus fréquente, comme cela existe pour les maladies mentales.

D'ailleurs, les expériences de Brown-Séquard[1] et de Luciani[2] prouvent nettement cette transmissibilité héréditaire; ces deux auteurs ont pu rendre des animaux épileptiques par lésion du sciatique et de la moelle et par lésions irritatives du cerveau; ils ont constaté que leurs petits étaient épileptiques. Il y a même plus, puisqu'on a vu dans certaines espèces animales une femelle une fois fécondée par un mâle épileptique, donner plus tard le jour à des petits épileptiques bien que d'un autre père. Il semble qu'il y ait là un phénomène d'hérédité par imprégnation fort curieuse, mais qui n'a pas été noté dans l'espèce humaine. On a aussi attiré l'attention sur la consanguinité, mais cela rentre dans les lois générales de l'hérédité; si les deux consanguins sont exempts de tare héréditaire, il y aura une véritable sélection de la race, et ils auront des descendants qui seront normaux et pourront même se rapprocher du type parfait de l'espèce[3]. Mais combien rares sont les familles où l'on ne puisse trouver la moindre tare héréditaire!

[1] Brown-Séquard. — (*Comptes rendus*, mars 1882.)

[2] Luciani. — *Archivio italiano per le malettie mentale*, p. 208, 1881.

[3] Voir A. Voisin. — *De la consanguinité* et Jules Voisin, *Idiotie*.

Or, pour si petite qu'elle soit, on sait quelles proportions énormes lui donnera la consanguinité chez les descendants. La moindre tare nerveuse sera immédiatement portée au carré, pour employer l'expression de P. Bert[1]. Ce n'est donc pas la consanguinité en elle-même qu'il convient d'incriminer. C'est la consanguinité que Burlureaux[2] invoque en partie pour expliquer la fréquence plus grande de l'épilepsie dans les régions centrales de la France.

On a signalé encore comme causes prédisposantes de l'épilepsie, la disproportion d'âge entre les parents; l'âge avancé du père, et surtout de la mère; l'existence dans les ancêtres d'un cas de grande longévité, etc. Une cause prédisposante à laquelle on doit donner une place importante, c'est l'intoxication.

Toute intoxication prédispose l'organisme aux acccidents comitiaux; elle agit d'ailleurs de deux façons à la fois; d'une part, elle détermine une tare héréditaire, d'autre part elle agit par elle-même comme cause prédisposante. Parmi ces intoxications, la première place, sans contredit, doit être réservée à l'alcoolisme. Les enfants d'alcooliques qui sont plus tard des sujets épileptiques sont fort nombreux, comme l'a montré M. Martin[3]. On conçoit du reste facilement que les excitations nerveuses exagérées, répétées et parfois même continuelles chez les alcooliques chroniques soient une cause de dégénérescence nerveuse, et nous verrons que les accidents alcooliques sont, sous bien des points, comparables à ceux de l'épilepsie. A côté de l'intoxication alcoolique, il convient de placer les intoxications par l'opium, la morphine, le plomb, le cuivre, etc., dont les influences sont analogues.

Au moment de la conception, ces intoxications peuvent avoir une importance encore plus considérable : on sait en effet les influences désastreuses de l'ivresse au moment du coït sur le produit de la conception. L'état mental des parents au moment de la conception joue du reste un grand rôle. Cette remarque n'avait pas échappé aux anciens. Hésiode conseillait de s'abstenir de coït au retour des cérémonies funèbres. Érasme se félicite de n'être pas le fruit d'un ennuyeux devoir conjugal.

[1] P. Bert. — *Revue scient. de la République Française*, 1er avril 1884.

[2] Burlureaux. — *Dictionnaire encyclopédique*, *Épilepsie*.

[3] H. Martin. — *Ann. médico-psychol.*, 1879, v. I, p. 48.

Tristan Shandy attribue son mauvais caractère à une question que sa mère aurait faite en moment très inopportun. L'un des fils adultérins de Louis XIV, auquel le caractère valut le nom d'enfant du Jubilé, avait été conçu pendant une crise de larmes et de remords de Mme de Montespan.

Mais suivons l'évolution fatale, et voyons quelles influences fâcheuses sont capables de prédisposer encore à l'épilepsie. Ici, les intoxications de la mère tiennent toujours une grande place comme le fait justement remarquer Féré, « l'ivrognerie en déterminant des excitations plus ou moins périodiques, suivies de dépressions proportionnelles qui nécessitent des doses croissantes et sans cesse renouvelées d'excitant, est éminemment propre à déterminer un véritable épuisement du système nerveux qui favorise les réactions convulsives ».

On sait que la morphinomanie pendant la gestation peut déterminer des aptitudes convulsives chez le fœtus qui présente des mouvements violents et convulsifs chaque fois que l'on supprime le poison.

Dans le même ordre d'idées interviennent encore toutes les maladies générales de la mère, sa mauvaise alimentation, les défauts d'hygiène générale, les infections, les traumatismes, les fatigues exagérées, enfin, tous les ébranlements physiques. Les chocs moraux n'ont pas du reste une influence moindre sur l'évolution fœtale. La pathologie nous montre, en effet, le moral et le physique si intimement unis qu'ils réagissent puissamment l'un sur l'autre ; or, le fœtus pendant toute la période de la gestation participe entièrement à la vie maternelle. Aussi Bouchat, Cazauviel, Voisin, Féré et tant d'autres n'hésitent-ils pas à reconnaître l'influence des émotions de la mère pendant la grossesse.

Il est juste de remarquer toutefois que ces causes ne se rencontrent guère que chez des femmes qui sont plus ou moins névropathes, et qui réagissent violemment aux émotions parfois les plus légères. Ces chocs moraux n'ont donc pas une valeur absolue, bien que leur action soit incontestable. Il n'y a rien d'étonnant dans tous ces faits. Il est aisé de comprendre que le fœtus qui vit pour ainsi dire absolument de la vie maternelle ait le contre-coup de tout ce que la mère éprouve. Comme tous les états que nous avons signalés entraînent des modifications circulatoires importantes, ils retentissent naturellement sur les organes délicats du fœtus qui sont en pleine

évolution, et peuvent donner des prédispositions spéciales à son système nerveux qui est le plus fragile d'entre eux. C'est d'ailleurs pendant les premières périodes de la gestation que l'influence des chocs moraux est le plus manifeste. Ajoutons que ce sont surtout les émotions déprimantes qui sont incriminées. Un grand nombre de mères d'épileptiques que nous avons interrogées à ce sujet avaient eu, pendant les débuts de leur grossesse, des chagrins prolongés ou des frayeurs de diverses sortes.

On a également accusé certaines circonstances de l'accouchement. Les accouchements difficiles, l'arrêt prolongé dans la filière pelvienne, l'état de mort apparente, l'asphyxie par circulaires du cordon, l'application de forceps, sont considérés comme autant de causes prédisposantes au mal comitial.

Diverses conditions défectueuses dans l'hygiène des premières semaines, comme le décubitus habituel sur le même côté, l'usage du serre-tête et du coiffon dans certaines contrées, ont aussi été incriminées. Signalons encore les émotions morales et la mauvaise hygiène de la nourrice pendant l'allaitement.

Plus tard, pendant l'enfance ou l'adolescence, on retrouve encore souvent les émotions et les chocs moraux avant l'apparition des accidents épileptiques ; nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps. Certaines maladies générales ont aussi été considérées comme des causes prédisposantes. Faut-il ranger parmi ces dernières l'éclampsie des enfants? Nous l'avons déjà dit, il semble que dans la majorité des cas, cette éclampsie infantile soit un véritable accident épileptique. On a signalé la coïncidence du rhumatisme, de la goutte, du diabète, avec l'épilepsie. M. Truc rapporte un cas d'épilepsie dont les accidents se produisaient à chaque suppression du flux hémorroïdaire.

Nous avons déjà parlé de l'alcoolisme, de l'absinthisme et des intoxications saturnines, etc., nous n'y reviendrons pas.

Quant à l'influence de la puberté, si elle n'est pas manifeste chez l'homme, elle apparaît clairement chez la femme. Nous avons remarqué que souvent les paroxysmes apparaissent au moment des règles; dans les cas où ils sont plus fréquents, on remarque qu'il y a recrudescence au moment de l'époque menstruelle. L'une de nos malades, Marthe Soliv..., dont nous avons donné plus haut l'observation, est régulièrement prise chaque mois à ce moment. Citons encore la syphilis (Fournier)

le surmenage (Salomon Carnell), les affections cardiaques (Lemoine), les tentatives de strangulation, etc.

Il est évident que parmi ces causes, il faut placer au premier rang celles qui sont capables d'établir une prédisposition, laissant au second plan celles qui sont la cause déterminante. En tête des causes prédisposantes, il convient de placer avant tout, l'hérédité et la dégénérescence qui donnent justement à l'individu un tempérament névropathe, une constitution favorable à l'apparition des accidents épileptiques.

La prédisposition est essentielle, et sans elle, les causes déterminantes resteraient sans effets ; c'est du reste l'avis de la grande majorité des auteurs qui ont toujours admis et défendu cette manière de voir.

Quant aux causes qui agissent sur le nombre et la répétition des accès, nous allons y revenir dans un essai pathogénique de l'épilepsie. Rappelons seulement ici l'influence de la menstruation, de la digestion, de certains efforts ou exercices musculaires violents. Leuret admettait l'influence des révolutions lunaires, le même et Delasiauve incriminaient aussi les saisons. Il est certain que le grand froid et les chaleurs intenses ne paraissent pas sans action sur le nombre et la fréquence des paroxysmes.

Signalons encore le sommeil et certains rêves plus ou moins effrayants. L'épilepsie dans beaucoup de cas a nettement tendance, au début surtout, à se manifester par des accès nocturnes. Le moment même de l'apparition des accès semble coïncider avec le moment où le rêve se produit le plus ordinairement, c'est-à-dire peu de temps après le coucher, ou vers le matin à l'approche du réveil. Ces faits ont été interprétés différemment ; les uns invoquant la congestion due au décubitus dorsal, les autres l'anémie cérébrale qui est, comme l'a montré Durham, une condition physiologique du sommeil. M. Bouchard pense qu'il pourrait y avoir pendant la nuit des accumulations dans le sang de matières convulsivantes, ce qui expliquerait la coïncidence des accès le matin. Enfin, il n'est pas moins curieux de constater l'action des maladies intercurrentes. Les unes augmentent le nombre des accès d'une façon manifeste ; tels les traumatismes, telles les affections cardiaques, tel encore l'érysipèle comme on peut le voir dans l'observation suivante :

Observation. — Barth..., quarante-huit ans. — Épilepsie.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique mort à soixante-cinq ans, mère bien portante morte à soixante-trois ans. — Frère mort de méningite. — Sœur a eu des fugues inconscientes, est morte à l'asile des aliénés de Vaucluse.

Antécédents personnels. — Bien portante dans son jeune âge ; nous n'avons pu savoir si cette malade a eu des convulsions ; réglée à seize ans, elle eut sa première attaque à la suite d'une frayeur, à dix-sept ans. Grossesse à vingt ans (fausse couche). L'année suivante, elle met au monde une fille qui a du strabisme et qui est hystérique.

Etat actuel. — Accès d'épilepsie, assez fréquents (cinq à six par mois), suivis d'excitation. Dans ses accès, elle tombe comme une masse en avant et se blesse souvent au front ; elle y porte du reste de nombreuses cicatrices. Elle a aussi des vertiges sans excitation consécutive.

En février 1890, elle tombe dans un accès, se blesse et s'ouvre l'articulation métacarpo-phalangienne du médius de la main gauche. Guérison. — En novembre 1890, dans un accès, elle se fracture les deux os de la jambe gauche ; appareil plâtré. Guérison.

En mai 1891
En mars 1892
En août 1892
En janvier 1893 } Fractures de la même jambe suivie de guérison.

Le 19 avril 1893, elle tombe dans une crise convulsive et se fait une légère écorchure au front et une entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite avec arrachement de la malléole externe.

20 avril, température 39°5. Erysipèle de la face ; délire. Accès en série.

21 avril. Cris incessants, nouvelles attaques, symptômes adynamiques, eschares au sacrum et à la partie externe de la jambe droite. Température 40°2.

22 avril. La température monte à 41°. Décès.

Autopsie. — Cœur énorme, athérome artériel, plaques superficielles de sclérose en divers points de la substance cervicale ; adhérence des méninges ; congestion cérébrale intense, pus verdâtre et grumeleux dans l'articulation du genou gauche et dans la tibio-tarsienne droite.

D'autres maladies restent indifférentes à l'épilepsie qui continue à se manifester comme auparavant. D'autres enfin, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc., semblent arrêter l'épilepsie qui disparaît pendant toute leur durée ; mais nous

devons ajouter que les accidents comitiaux reparaissent ensuite et sont souvent augmentés. Enfin, toutes les causes capables de déterminer les accès, influent également sur leur fréquence; ce sont en particulier l'alcoolisme, les intoxications de tout genre, les excès divers, les excitations multiples, etc.; nous n'insisterons pas.

En somme, ce qu'il importe surtout de mettre en lumière en abordant la pathogénie de l'épilepsie, c'est la question de prédisposition. Cette prédisposition, nous l'avons déjà dit, est indispensable pour que les accidents puissent se produire. C'est là ce qui a fait considérer de tout temps l'épilepsie comme une affection héréditaire, comme une maladie constitutionnelle.

Cette question de prédisposition est capitale, elle domine, pour ainsi dire, toute la pathologie; et c'est à tort qu'on l'a laissée tomber un peu dans un oubli relatif pendant quelque temps. Lorsque la science des infiniment petits fit son apparition, tous les esprits se portèrent vers la bactériologie. L'importance de cette découverte est considérable, puisqu'elle nous ouvre des horizons nouveaux, jusqu'alors tout à fait inconnus. Mais on eut peut-être le tort au début de vouloir faire table rase des opinions anciennes, qui étaient le résultat d'une saine observation, pour ne vouloir chercher partout et toujours que des microbes. Il est de règle du reste, lorsque des idées nouvelles et vraies sont mises au jour, que la généralité des esprits, prise d'enthousiasme, s'y lance un peu aveuglément. Aussi voit-on plus tard les choses rentrer dans l'ordre, l'exagération tombe d'elle-même, et laisse en fin de compte, à la science nouvelle, sa juste place, considérable il est vrai dans le cas particulier.

Nous admettrons donc que l'épilepsie est une maladie héréditaire, constitutionnelle; c'est assez dire que son apparition nécessite une prédisposition spéciale du sujet qui en est atteint. C'était l'opinion des anciens; c'est une opinion qui a cours encore aujourd'hui, et qui compte de nombreux défenseurs. Du reste, les faits cliniques et l'étude de l'hérédité ne peuvent guère laisser de doute à ce sujet. On peut, en effet, naître épileptique, comme on naît arthritique, herpétique, etc., c'est-à-dire avec une prédisposition héréditaire déterminée. Mais tous les arthritiques, herpétiques, etc., n'auront pas forcément les accidents auxquels leur tempérament les prédispose; il

faudra pour cela qu'une cause déterminante entre en jeu. De même, pensons-nous, ceux qui naissent avec la prédisposition épileptique ne seront pas fatalement voués aux accidents de l'épilepsie; une cause déterminante sera pour cela nécessaire.

Il est évidemment difficile au médecin de prévenir et d'empêcher la prédisposition. Il faudrait, pour cela, réglementer pour ainsi dire les unions, or quand on vient consulter pour un malade, les accidents se sont déjà manifestés : c'est donc à la cause déterminante, et plus spécialement aux causes qui influent sur la production des accès que nous devons nous attaquer surtout. Peut-être, un jour venant, la science aura-t-elle fait des progrès qui permettront de combattre la prédisposition, de l'enrayer même, mais nous n'en sommes pas là.

Nous essayerons donc de chercher la pathogénie de l'accès épileptique, restant toujours dans le cadre que nous nous sommes tracé, dans l'épilepsie générale d'emblée. Nous avons été frappés de l'analogie qui existe entre les diverses formes de l'épilepsie et les intoxications; les points de ressemblance sont nombreux et méritent d'attirer l'attention.

Tout d'abord, la forme que revêtent les accidents épileptiques n'est pas une forme commune; voilà des symptômes qui se présentent sous une forme critique. Ce sont des accès, des crises d'épilepsie qui reviennent à intervalles variables et qui disparaissent ensuite, laissant, au moins au début, le sujet qui en a été atteint dans un état de santé parfaite. Tantôt, c'est un accès isolé, tantôt une série de paroxysmes qui dure plus ou moins longtemps, et qui peut être suivie d'une période de trouble mental ou d'agitation d'une durée variable. Mais, quand la série a pris fin, le malade ne présente plus rien de particulier.

Cette forme critique ne nous semble pas pouvoir s'accorder facilement avec une lésion permanente du système nerveux. Cette lésion aurait d'ailleurs échappé jusqu'ici à tous les observateurs, et même en admettant que ce soit une question d'histologie fixe du système nerveux, que nos méthodes d'investigation et nos instruments ne nous permettent pas encore d'apprécier, il resterait à expliquer comment cette lésion fixe ne détermine les accès qu'à de certains moments, laissant au contraire les malades sans aucune manifestation morbide pendant des jours et des mois parfois? Il semble quand on jette un coup d'œil sur les divers cadres nosologiques de la patho-

logie, qu'une lésion entraîne des symptômes qui en sont la manifestation extérieure pendant tout le temps qu'elle persiste. Faudrait-il donc admettre que, dans l'épilepsie, il y ait une lésion chaque fois réparée, et chaque fois reproduite ?

Mais alors, comment expliquer le cas où les accès sont isolés? Le malade perd connaissance et tombe brusquement, il a son paroxysme, puis au bout d'un moment, il se relève et reprend sa vie ordinaire, n'ayant pas conscience de ce qui s'est passé. S'il y a lésion, elle doit cependant persister encore. Si l'on admet au contraire une intoxication, il nous semble facile de concevoir que le poison accumulé puisse à un moment donné atteindre la dose nécessaire pour déterminer l'accès. Cette dose, d'ailleurs, sera variable suivant les cas et les individus, suivant le degré de résistance, et le degré de prédisposition. Dès que l'élimination commence à se faire, avant même qu'il y ait évacuation, la dose de poison devient moindre, et les accidents cessent. Ceci peut expliquer aussi pourquoi, dans certains cas, il n'y a qu'un accès isolé, dans les autres, des séries véritables; cela dépendra d'une part du degré de prédisposition, d'autre part, de la quantité de poison accumulée et de la facilité d'élimination de ce poison. N'est-ce pas ainsi que l'alcoolique présente des accidents divers, de durée variable, lorsqu'il a absorbé une dose de vapeurs d'alcool suffisante pour réveiller ses prédispositions ? N'est-ce pas ainsi de même que tout rentre dans l'ordre, et qu'il revient à son état normal, dès qu'il élimine suffisamment ce poison ?

Mais nous pouvons pousser plus loin la comparaison; nous avons vu que dans l'épilepsie, les accès sont précédés la plupart du temps par un état prémonitoire spécial qui tantôt est plus ou moins éloigné, tantôt très rapproché de l'accès. Cette sensation de malaise vague et indéfinissable peut être rapprochée du malaise que ressentent les alcooliques pendant qu'ils digèrent les boissons, et qu'ils en accumulent les doses jusqu'à l'ivresse. Le malaise prémonitoire des épileptiques pourrait donc être considéré comme le résultat d'une accumulation croissante d'un poison spécial. On comprend très bien, en effet, que cette accumulation progressive d'un produit toxique entraîne un état de malaise général avant que les accidents n'éclatent. N'est-ce pas là ce que l'on voit dans toute espèce d'intoxication quel qu'en soit l'agent?

Nous avons souvent insisté au cours de cette étude rapide,

sur l'état gastrique et l'enduit saburral de la langue; c'est que ces symptômes ont pour nous une importance capitale. Nous avons essayé de montrer leur constance; ils ne manquent presque jamais dans l'épilepsie générale, c'est donc un des faits sur lesquels on peut s'appuyer le plus solidement pour tenter un essai pathogénique.

Rappelons-nous à quel moment ces signes font leur apparition. Le malade n'a pas encore d'accidents, tout au plus commence-t-il à ressentir un peu de malaise, de la céphalalgie, etc. L'examen nous montre la langue recouverte d'un enduit saburral, les troubles gastriques se manifestent; les lavages de l'estomac viennent rendre compte de l'état de cet organe; l'appétit disparaît, la bouche est amère et pâteuse. La clinique nous montre que bientôt les manifestattons convulsives vont apparaître. Cet état saburral de la portion supérieure du tube digestif va en s'accentuant de plus en plus, la circulation et la tension artérielle se modifiant, enfin, l'accès éclate. Il semble que cette progression indique que le paroxysme se prépare, et nous pensons qu'elle correspond à l'accumulation d'un produit toxique. Chez les hémorroïdaires, des troubles analogues ne se produisent-ils pas quand la constipation s'accentue, et quand la stercorhémie commence? Ne s'accompagnent-ils pas comme ici de sensations vagues de malaise, de maux de tête, de diminution d'appétit, etc... ?

D'ailleurs, cela n'est pas spécial aux hémorroïdaires, quelle intoxication n'entraîne pas des symptômes du même genre; ne les voit-on pas chez les alcooliques, chez les saturnins et les autres? Il y a plus, et le début des maladies infectieuses est toujours accompagné de ces mêmes phénomènes, qui vont en augmentant au fur et à mesure que le microbe envahit l'organisme quand il peut se généraliser. S'il reste localisé, cette augmentation progressive répond à l'accumulation du produit de sécrétion de la toxine du microbe.

Mais suivons dans son évolution l'état saburral, prenons le cas où les attaques se présentent en série et sont suivies de trouble mental, de folie épileptique. Pendant tout le temps que durent les accès, la langue reste dans le même état, ou bien paraît de plus en plus chargée. Les accès cessent, et cependant la langue ne change pas d'aspect; c'est qu'alors les accidents convulsifs sont remplacés par des accidents délirants. Tant que le produit toxique est sécrété et s'accumule, les acci-

dents ne peuvent cesser, la langue ne peut redevenir normale, le tube digestif ne peut reprendre son libre fonctionnement. Les manifestations de l'épilepsie pourront varier, les accès remplaceront les vertiges, le trouble mental succédera aux accès, il y aura de l'agitation, etc... mais il y aura des accidents quelconques.

C'est surtout lorsque dans une série, il y a un ou deux jours d'intervalle sans accès, que la chose est le plus manifeste. Si l'on n'examinait pas la langue et si on ne connaissait pas la toxicite urinaire, on pourrait croire que tout est terminé, mais il n'en est rien ; en effet, les malades, pendant ces deux jours, restent fatigués, plus ou moins abattus et troublés, ils ont encore de l'obtusion intellectuelle, mais ils n'ont pas d'accès, et l'enduit saburral de la langue persiste ou augmente. Il n'y a rien d'étonnant en ceci puisque, après ces vingt-quatre ou quarante-huit heures, il survient de nouveaux paroxysmes. Cet état saburral de la langue est un signe que la série n'est pas épuisée; donc, pendant toute la durée des accès convulsifs, comme pendant le délire consécutif et l'agitation l'état saburral ne disparait pas.

C'est seulement quand les accidents vont prendre fin que ces troubles digestifs commencent à diminuer progressivement, et leur diminution est justement l'indice certain de la terminaison. C'est là un fait très important à notre sens. L'évolution des troubles digestifs parallèle à celle des accidents épileptiques, mais un peu en avance sur eux, s'accorde très bien avec l'hypothèse d'une intoxication.

L'apparition anticipée de ces troubles peut être considérée comme la première manifestation extérieure de l'empoisonnement. Le produit toxique s'accumule, la quantité absorbée par l'organisme augmente, et l'état gastrique comme l'aspect de la langue s'accentue. Lorsque la dose est suffisante, et que l'irritation progressive par le poison des centres nerveux prédisposés, est arrivée au degré voulu pour déterminer une action réflexe, les vertiges, les accès paraissent, puis le délire, et la folie épileptique. Tant que durent ces accidents, c'est que l'empoisonnement continue ou augmente, la persistance ou l'augmentation des symptômes gastriques semble l'indiquer clairement. Enfin, quand l'élimination se fait, la quantité de poison retenue dans l'organisme diminue, l'état saburral s'amende, et bientôt les accidents réflexes de l'irritation des

centres nerveux disparaissent, ne laissant après eux qu'une fatigue extrême, une obtusion intellectuelle plus ou moins marquée, résultat naturel de l'épuisement nerveux. Les symptômes constants que l'on observe du côté du tube digestif, et particulièrement de sa portion supérieure, viennent donc plaider aussi en faveur d'une intoxication.

Nous avons dit les résultats que nous avons obtenus dans nos expériences avec M. Péron, sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. Nous avons repris ces expériences chez des épileptiques simples et chez des épileptiques hémiplégiques[1], mais en modifiant un peu la méthode expérimentale. Nous avons recueilli les urines des vingt-quatre heures physiologiques (état de veille et sommeil). Pour ce faire, nous commencions par sonder les malades pour évacuer complètement leur vessie, puis nous placions à demeure une sonde en caoutchouc rouge rendue aseptique, qui conduisait directement l'urine dans un récipient. Toutes les injections que nous avons faites ont été intra-veineuses, et ont porté sur des lapins adultes et vigoureux. Nous avons surtout cherché à régler d'une manière constante la vitesse de l'injection, aussi avons-nous fait construire une éprouvette graduée, munie d'un orifice à la partie inférieure. On y adapte un ajutage en caoutchouc dont l'autre extrémité porte une aiguille capillaire. Une pince de mors à vis permettait d'arrêter l'injection à volonté. Une différence de niveau d'un mètre donne, dans ces conditions, un écoulement modéré au liquide à injecter avec une pression à peu près constante.

En opérant de cette façon, nous sommes arrivés sensiblement aux mêmes conclusions que dans nos expériences avec M. Péron; c'est-à-dire que l'urine qui précède l'accès ou la série est hypotoxique, et que cette hypotoxicité persiste pendant toute la durée des accidents convulsifs ou mentaux. Au contraire, l'urine qui est émise après la fin de ces accidents devient hypertoxique. Ceci viendrait donc enfin confirmer l'hypothèse d'un poison retenu dans l'organisme, et déterminant les manifestations épileptiques. Cette variation de la toxicité urinaire marche d'ailleurs parallèlement aux symptômes gastriques, mais en sens inverse.

On pourrait objecter que l'état saburral commence à dispa-

[1] Jules Voisin. — *Congrès de médecine mentale*, La Rochelle, 1893.

raître avant que l'urine soit devenue hypertoxique, mais nous répondrons que l'élimination d'un poison commence avant son excrétion au dehors, et que d'autre part la nécessité d'agir avec l'urine des vingt-quatre heures ne permet pas de voir à quel moment précis l'urine rendue commence à être hypertoxique. Nous l'avons dit, cette question de la toxicité urinaire est fort épineuse. Il est très difficile d'avoir l'urine des vingt-quatre heures, surtout chez les épileptiques. Nous avons dit quels reproches on a fait à cette méthode d'investigation, et quelles incertitudes elle laisse, surtout après les injections d'une solution dosée de strychnine faites par M. Godart et Slosse; mais cependant, les faits observés sont là. Si l'on ne doit pas accorder à la toxicité urinaire une valeur absolue en soi, il faut pourtant avouer qu'elle vient ici se joindre à l'état saburral et parler dans le même sens.

Chez la femme, comme nous l'avons déjà remarqué précédemment, la menstruation a une influence très manifeste sur la production des accès épileptiques et sur leur nombre. A l'époque des règles, les accès deviennent plus fréquents, plus nombreux; chez beaucoup de malades même, ils n'apparaissent qu'à ce moment, et cela avec une régularité parfaite. Peut-être ce fait peut-il s'expliquer.

La femme passe là par une période où elle est évidemment moins résistante, témoin la facilité avec laquelle toutes peuvent contracter des angines au moment du flux menstruel. Ces angines ont souvent attiré notre attention en dehors des sujets épileptiques; elles sont le résultat de petites infections locales qui ont pu s'établir là, parce que la femme se défendait moins bien à ce moment. Du reste, presque toutes les femmes pendant les jours de la menstruation ont un certain malaise avec de la céphalalgie, une langue sale et pâteuse et une diminution de l'appétit. En même temps, le caractère est modifié et l'impressionnabilité nerveuse s'accroît considérablement.

Ces deux considérations ne peuvent-elles pas être mises en cause dans l'épilepsie générale? D'une part, l'augmentation de l'impressionnabilité nerveuse, chez une malade dont le système nerveux est déjà prédisposé aux réactions convulsives, facilitera l'apparition des accès. D'autre part, la diminution de force et d'activité des moyens de défense favorisera l'action plus intense d'un poison toxique. Si ce principe toxique vient du dehors, nous avons vu que les portes lui sont largement

ouvertes ; s'il est formé dans l'organisme, c'est-à-dire s'il y a auto-intoxication, la menstruation ne peut-elle pas favoriser cette auto-intoxication qui a déjà tendance à se produire, bien qu'à un faible degré chez les sujets normaux.

On peut aussi comparer les résultats auxquels aboutit cette intoxication des épileptiques à ceux de l'alcoolisme. Comme nos malades, les alcooliques chroniques voient leur intelligence s'affaiblir et déchoir progressivement ; comme eux, ils perdent la mémoire, bien que moins rapidement et d'une façon moins complète. Enfin, ils peuvent arriver à un état de déchéance physique et intellectuelle qui conduit bientôt à la démence. Les épileptiques marchent aussi d'une façon très comparable vers cette triste terminaison.

Non seulement les symptômes prémonitoires et les symptômes de l'accès des deux intoxications sont les mêmes, mais nous pouvons encore pousser plus loin l'analogie. Etudions, en effet, le délire, qu'y voyons-nous? Chez les uns, l'ivresse est triste, et le malade présente des idées fixes qu'il ressasse toujours. D'autres sont pris d'un délire furieux, violent, avec des impulsions dangereuses et des hallucinations terrifiantes.

L'épileptique lui aussi est tantôt gai, tantôt triste, et plus souvent triste que gai. L'hébétude dès le début, peut être poussée à l'extrême, comme cela existe dans l'abrutissement et la torpeur alcoolique. Quand l'épileptique est gai, il éprouve des troubles de la sensibilité générale et des troubles du système moteur qui le poussent à faire les actes les plus extravagants. C'est ainsi qu'il veut voler dans l'espace, et qu'il se croit souvent en état d'accomplir des travaux gigantesques. Nous voyons la même chose chez les alcooliques chroniques sous l'influence de l'ivresse. Ces malades sont entreprenants, optimistes au suprême degré, et se croient capables d'accomplir les plus grands travaux, de même que les épileptiques et les paralytiques généraux, desquels ils se rapprochent beaucoup. Ils ont des idées de grandeur et de richesse. Ils se croient être Dieu, Jésus, Mahomet, etc. Dans d'autres circonstances, ces alcooliques sont atteints d'un délire furieux, hallucinatoire ; ils sont terrifiés par la vue du feu ou par la vue d'ennemis acharnés à leur perte. Alors se trouvant en cas de légitime défense, ils se battent avec une fureur inouïe, ils portent des coups meurtriers et s'acharnent après leurs victimes. Leur acharnement cependant est moins grand que chez les épilep-

tiques qui transpercent leur victime d'un nombre inouï de coups mortels. Un sommeil profond peut survenir après ce délire furieux et meurtrier, mais le réveil est différent dans les deux cas. L'alcoolique se rappelle vaguement ce qu'il a fait, tandis que l'épileptique ne se rappelle rien, cela doit tenir à la rapidité de l'élimination du poison.

Dans certains cas, l'alcoolisme a été la cause occasionnelle d'un véritable accès épileptique, et alors le malade ne se rappelle aucunement son délire.

Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Là aussi l'hérédité et la prédisposition jouent un grand rôle : « n'est pas alcoolique qui veut, » a dit Lasègue. Pour que le délire se manifeste sous l'influence de doses immodérées d'alcool, il faut avoir un système nerveux prédisposé. Certains individus en boivent des quantités considérables sans jamais présenter de délire, d'autres, au contraire, présentent du trouble mental et de l'ivresse, après l'absorption d'une très minime quantité d'alcool, et ces mêmes individus n'auront jamais de manifestations d'alcoolisme du côté des voies digestives ou du côté du foie. Les premiers, au contraire, auront de la gastrite ou de la cirrhose. Ces modalités différentes dans l'explosion d'une intoxication nous montrent l'influence de la prédisposition héréditaire. Dans l'épilepsie aussi il y a une prédisposition héréditaire, et c'est cette prédisposition qui est mise en jeu par l'excitation due au poison convulsivant qui infecte l'économie. Dans l'alcoolisme, c'est l'alcool qui est excitant; dans l'épilepsie, c'est la toxine.

(*A suivre.*)

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

I. — Electrophysiologie.

Les travaux d'électrophysiologie ont surtout roulé cette année sur l'étude des centres cérébraux. Cette question est loin encore d'être élucidée et fournit aux expérimentateurs un vaste terrain de

recherches intéressantes à la fois au point de vue physiologique et thérapeutique.

Je dois mentionner tout d'abord un travail de M. Ram : *Action des différents poisons sur l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale* (Mediciniskoïé Obozrénié, n° 1, 1894).

L'auteur a étudié l'influence de 14 espèces de poisons sur l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale chez les chiens, les chats et les lapins. Après avoir soumis l'animal à l'action du poison étudié, on commence l'excitation du cerveau à l'aide de courants induits très faibles qu'on augmente progressivement jusqu'au premier mouvement de l'animal. Chaque mouvement isolé est maintenu trois secondes, sauf les cas où il se produit dès l'application des électrodes un accès épileptique. On commence par exciter le centre du mouvement du membre antérieur droit. Une fois l'action du poison choisi sur l'excitabilité de l'écorce déterminée, M. Ram enlève la substance grise du centre gauche, découvre l'hémisphère droit et excite alternativement la substance blanche sous-jacente au centre sain et au centre mutilé. La seule différence entre les accès survenus avant et après l'ablation du centre cortical consiste en ceci : que dans le dernier cas les groupes musculaires qui sont sous la dépendance de ce centre n'entrent plus en convulsion, ce qui est d'ailleurs rationnel. D'après ses recherches, M. Ram divise les poisons étudiés en trois groupes : 1° ceux qui augmentent l'excitabilité électrique de l'écorce grise : éphédrine, guanidine, picrotoxine, cysticine, chlorure d'ammonium, éthylamine, propylamine, orcine et les acides phénique et picrique ; 2° ceux qui augmentent d'abord puis diminuent l'excitabilité électrique : hyosciamine ; 3° ceux qui diminuent cette excitabilité : hyoscine et scopolanine. On voit quel bénéfice on peut tirer de ces expériences au point de vue thérapeutique surtout en pathologie mentale. Cependant, il faut se défier, car certaines parmi ces substances ont une action fâcheuse sur le cœur, l'estomac, la respiration ou le système nerveux central. M. Ram croit pouvoir établir que la scopolanine agit bien dans les différentes formes de convulsions, car dans ses onze expériences avec cette substance il a toujours noté une chute de l'excitabilité électrique jusqu'à 0 avec impossibilité d'obtenir un mouvement même après une minute d'électrisation.

Je crois intéressant de rapprocher de cette publication une note lue par M. Lambert à la Société de biologie (séance du 16 juin 1894) et intitulée : *Note sur l'excitation de l'écorce cérébrale par la faradisation unipolaire.* Afin de déterminer si l'écorce cérébrale est excitable par la faradisation unipolaire, l'auteur après anesthésie et trépanation a essayé d'exciter les zones motrices du cerveau du chien avec un seul pôle. Mais il faut pour que l'excitation soit efficace remplir certaines conditions. Il faut actionner le chariot de Du Bois-Reymond à l'aide de piles relativement fortes, soit 3 élé-

ments Grenet de grande dimension. La bobine induite doit être à fil très fin. J'aimerais une indication un peu plus nette du diamètre du fil et de sa longueur. Car c'est le seul moyen pour celui qui voudrait répéter ces expériences de se trouver dans les mêmes conditions. Il est de toute importance en effet, surtout avec les courants d'induction pour lesquels nous n'avons pas d'instruments de mesure pratiques comme le sont les galvanomètres pour les courants continus, de définir exactement tous les facteurs d'une expérience.

En suivant la méthode de M. Lambert, on voit des mouvements se produire lorsqu'on excite avec un seul pôle certaines portions de l'écorce cérébrale.

Contrairement aux schémas de Ferrier ces portions excitables sont des points et non des zones que l'emploi de la faridisation unipolaire permet de délimiter d'une façon très précise Il est aussi important à noter que l'excitabilité de l'écorce cérébrale à ce mode d'électrisation disparaît assez rapidement.

D'autre part, M. Betcherew (*Messager neurologique*, en russe, fasc. 4, Kasan, 1894) a étudié *l'influence de l'inflammation traumatique de l'écorce sur son excitabilité*. Ses expériences ont été faites sur le singe après trépanation du frontal; il établit à l'aide de l'excitation faradique, le territoire des centres corticaux en notant le minimum de courant nécessaire pour provoquer la contraction musculaire la plus faible dans l'extrémité opposée et le minimum de courant pour provoquer un accès épileptique. Il fait ensuite avec précaution l'ablation du centre moteur correspondant, ferme la plaie et laisse l'animal au repos. Il se produit naturellement comme résultat immédiat une paralysie motrice plus ou moins complète de l'extrémité correspondante. Au bout de quelques jours, lorsque les phénomènes paralytiques ont diminué, on découvre l'écorce dans la région lésée et dans la région saine du côté opposé et on examine l'excitabilité de l'écorce au pourtour de la plaie et par comparaison celle de la région saine symétrique. On constate que l'*excitabilité des régions voisines de la lésion est considérablement augmentée*. En outre au bout d'un certain temps on remarque autour de la plaie la *néoformation des centres corticaux abolis*.

Le Dr Joukoff dans le même laboratoire a essayé de déterminer la durée de cette hyperexcitabilité due à l'état inflammatoire, sa marche et d'autres questions se rattachant à l'épilepsie traumatique. Il arrive aux conclusions suivantes : 1° la période latente de l'excitation corticale diminue notablement dans l'inflammation traumatique; 2° la destruction des mêmes centres du côté opposé diminue l'hyperexcitabilité traumatique de l'écorce; 3° lorsqu'on enlève de nouveau les centres corticaux néoformés à la suite d'une première ablation ils peuvent reparaître une deuxième fois dans les régions voisines ou même au niveau d'un autre centre.

Dans une très intéressante monographie parue dans les *Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques* et intitulée : *La Résistance des nerfs et leur travail physiologique*, M. Charpentier, professeur de physique à la Faculté de médecine de Nancy, a fait porter ses expériences sur des nerfs non détachés de l'animal et ayant conservé leurs connexions physiologiques.

Voici brièvement résumés les faits qu'il a constatés :

1° La résistance apparente varie d'un animal à l'autre et même d'un nerf à l'autre sur le même animal, indépendamment de toute différence de grosseur du nerf. Cette variation peut aller du simple au triple ; 2° elle varie suivant la longueur du nerf comprise entre les deux électrodes, mais non proportionnellement à cette longueur, puisqu'il faut tenir compte de la voie de dérivation par les tissus et que si la voie interpolaire est plus longue, la voie dérivée devient plus courte ; 3° elle augmente par le soulèvement du nerf au-dessus des tissus. Le soulèvement agit en allongeant la voie de dérivation, la voie directe restant constante ; 4° le degré d'humidité du nerf est la cause principale qui modifie sa résistance, et celle-ci augmente dans des proportions énormes à mesure que le nerf se dessèche ; 5° le refroidissement paraît aussi jouer un certain rôle, et la résistance paraît plus grande à 0° qu'à la température ordinaire, mais ce point demande de nouvelles expériences ; 6° la résistance apparente varie suivant la fréquence des courants excitateurs et *en sens inverse* de cette fréquence. Ce fait en apparence paradoxal, puisque c'est le contraire qui se produit avec les conducteurs métalliques, peut s'expliquer par la polarisation des électrodes employées, car il ne se produit pas lorsqu'on emploie les électrodes impolarisables de Du Bois-Reymond ; 7° la section du nerf augmente sa résistance apparente ; ce qui se conçoit aisément, puisque la voie de dérivation se trouve interceptée.

Ces conditions physiques connues, quelle est l'influence des facteurs physiologiques ? 1° *Degré d'excitation du nerf*. Ne semble pas modifier les conditions de résistance. 2° *Interruption de la continuité physiologique du nerf*. En plaçant sur le nerf deux nœuds serrés au-dessus et au-dessous des pôles, on augmente la résistance mais après une période de diminution qui tient à un effet d'inhibition produit sur le nerf par l'action mécanique de la ligature. 3° *Nerf écrasé*. La résistance du nerf réduit à l'état de simple conducteur est notablement plus faible que celle du nerf intact. Il en est de même après badigeonnage du nerf à la cocaïne, la résistance diminue à mesure que l'anesthésie augmente, et quand elle est complète, la résistance est la même que celle du nerf écrasé. Le curare, introduit dans la circulation à dose physiologique, affaiblit momentanément la résistance, puis celle-ci se relève et atteint son premier niveau, qu'elle dépasse même un peu.

Ces faits, rapprochés les uns des autres, ont une grande importance en ce qu'ils permettent d'apprécier le travail physiologique du nerf envisagé pour son propre compte et non par l'intermédiaire du muscle, comme on le faisait jusqu'ici faute de ces notions. Il faut pour cela mesurer, ainsi que l'a montré Chauveau, l'équivalent entre l'énergie et l'absorption du travail intérieur.

Pour déterminer la manifestation de ce travail absorbé pendant le fonctionnement du nerf, la mesure électrique est la plus commode. Dans tout circuit électrique, lorsqu'il se produit quelque part du travail, la résistance augmente. Il en est de même dans un nerf qui produit un travail physiologique d'excitation ou de transmission. On peut donc remonter de cette augmentation de résistance une fois déterminée à l'évaluation du travail physiologique correspondant au fonctionnement nerveux. Mais il faut tenir compte aussi de l'habitude qui fait que la répétition des mêmes actes par le système nerveux absorbe de moins en moins de travail. Suivant la loi bien connue de la transformation de l'énergie dans un circuit électrique, l'intensité du courant baisse quand le nerf produit du travail. Au lieu d'être $\frac{E}{R}$ elle devient $\frac{E-e}{R}$, e désignant la force contre électro-motrice due au travail nerveux. C'est cette force qu'il s'agit de mesurer. On peut pour cela utiliser la notion de résistance apparente. Si on désigne par R^1 la résistance apparente du nerf fonctionnant physiologiquement, et par R celle du même nerf dont le fonctionnement est aboli soit par l'écrasement, soit par la cocaïnisation, il sera facile de connaître e, puisque $e = E\left(1 - \frac{R.}{R^1}\right)$. Si on multiplie e par la quantité d'électricité fournie au nerf dans une excitation on a en *joules*, c'est-à-dire sensiblement en dixièmes de kilogrammètres, la valeur du travail physiologique correspondant.

Le travail physiologique varie suivant l'excitation du nerf. Mais l'auteur ne peut dire s'il y a proportionnalité entre l'énergie du courant excitateur et le travail physiologique produit. Il pense cependant qu'elle existe dans certaines limites. La possibilité de cette mesure du travail des nerfs fournira évidemment en pathologie nerveuse des éléments nouveaux et intéressants pour l'électro-diagnostic.

Pour en finir avec l'électrophysiologie, il me reste à mentionner deux travaux importants : l'*Etude graphique de la contraction musculaire produite par l'étincelle statique*[1] de M. Henry BORDIER, préparateur de physique médicale à la faculté de médecine de Bordeaux et l'*Influence des bains statiques sur la tension du pouls* (Soc. franc. d'électroth., 17 mai 1894).

[1] *Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques*, n° 24, déc. 1874.

Dans son travail, M. H. Bordier étudie d'abord l'influence du signe de l'étincelle et constate : 1° que la contraction produite par l'étincelle négative est plus forte; 2° qu'elle n'a pas la même forme. La courbe du pôle négatif s'élève brusquement suivant une verticale, celle du pôle positif s'incline légèrement. La fin du tracé de contraction diffère également : avec l'étincelle négative, il semble y avoir un léger tétanos musculaire. — Ces différences rappellent celles produites par la cathode et l'anode des courants galvaniques à la fermeture.

Pour ce qui concerne la longueur de l'étincelle, on voit que l'intensité de la contraction croît beaucoup plus vite que la longueur de l'étincelle de telle façon que : *la grandeur de la contraction musculaire est directement proportionnelle au carré de la longueur de l'étincelle*. La connaissance de cette loi rendra certainement des services en électrothérapie.

Si on cherche en troisième lieu dans quelle proportion varie l'intensité de la contraction avec le diamètre des excitateurs dans les excitations directes, on trouve que *l'énergie de la secousse est proportionnelle au diamètre de l'excitateur*. Enfin en ce qui concerne la densité électrique on constate que de même qu'avec les chocs galvaniques la *grandeur de la contraction diminue à mesure que la surface de l'électrode augmente* et que par conséquent la densité du courant diminue.

Le travail de M. Dignat donne les résultats de 62 mensurations faites sur 11 individus. 36 fois la tension du pouls paraît avoir augmenté à la suite du bain statique; 24 fois elle n'a subi aucune modification appréciable. 2 fois elle a été affaiblie. Mais avec lui nous nous garderons de donner des conclusions fermes d'abord vu le petit nombre des sujets mis en expérience et ensuite vu le manque de renseignements précis sur le fonctionnement habituel de leur circulation. S'agit-il d'individus à l'état dit physiologique, qui présente encore pour l'homme bien des variantes, ou de malades? C'est ce que M. Dignat n'a pas suffisamment défini et ce que nous chercherons à faire dans de prochaines recherches.

ÉLECTRO-DIAGNOSTIC.

L'emploi de l'électricité comme moyen de diagnostic tend comme tous les autres moyens physiques à prendre une place de plus en plus grande dans les méthodes d'exploration contemporaines à cause de la précision des résultats de beaucoup supérieurs en général à ceux de nos faibles sens. Mais il faut aussi pour se servir de l'électricité comme moyen de diagnostic une éducation spéciale et qui ne s'acquiert que par une assez longue pratique parce que, comme avec tous les autres moyens physiques, il y a

d'autant plus de causes d'erreur que l'appareil est plus délicat et plus approprié à donner exactement le renseignement qu'on lui demande.

On se rendra compte de ces difficultés en lisant le très intéressant ouvrage du Dr d'Arman : *La conductibilité électrique du corps humain chez les gens sains d'esprit et chez les aliénés* (in-8°, Venise, 1894). — Il démontre d'abord par une étude approfondie des différentes méthodes d'exploration que si elles ont jusqu'ici donné peu de résultats cela tient aux nombreuses causes d'erreur inhérentes aux explorations (pression de l'électrode, humidité de la peau, etc.).

Les très nombreuses expériences faites sur le vivant et sur le cadavre sont rapportées en détail et les résultats en sont condensés dans quatre tableaux : le premier donne les valeurs maxima et minima de la résistance obtenue dans les différents modes d'application du courant galvanique; le deuxième les valeurs moyennes des résistances initiales dans les diverses applications; le troisième indique les valeurs des résistances initiales correspondant à des potentiels différents aux points d'application, dans les divers cas qu'on peut rencontrer en électrothérapie; le quatrième indique les moyennes des résistances initiales et finales obtenues dans les différents états morbides que l'auteur à soumis à l'examen. Il conclut que : toutes choses égales, la conductibilité du corps humain croît avec la valeur du potentiel et pendant l'application du courant surtout pendant les deux premières minutes. Sur le cadavre la résistance reste plus fixe avec légère tendance à diminuer.

La résistance diminue lorsqu'on élargit la surface des électrodes, qu'on augmente la quantité et la saturation de la solution, saline qui baigne la peau et les électrodes ou qu'on élève la température de cette solution. La résistance varie sur les diverses parties du corps : maxima aux membres, elle est moyenne sur le tronc et le cou, minima à la face.

La résistance aux mêmes points varie souvent dans des limites assez grandes (30,000 à 800 ohms dans les cas courants) d'un sujet à l'autre.

Les variations sont encore en relation avec certains états pathologiques. On trouve la résistance diminuée dans le goitre exophtalmique, assez forte chez les hystériques surtout dans les régions insensibles et chez celles qui ont du délire; chez les épileptiques surtout quand ils sont en même temps aliénés; dans la manie, les neurasthénies, le tétanos. La résistance diminue dans la folie alcoolique, l'idiotie, la mélancolie, la chorée et du côté malade dans les affections unilatérales, dans la paralysie infantile. Après une inversion de courant, la résistance diminue mais de moins en moins à mesure qu'on répète les inversions. Le même fait se reproduit sur le cadavre.

En électro-diagnostic il faut d'abord éviter les variations résultant de la partie du circuit extérieure au corps humain. La force électro-motrice doit être constante; on doit s'assurer du bon état des contacts des électrodes de toutes les partie du circuit. Les électrodes doivent toujours être imbibées avec une solution saline de même température et de même concentration. Elles doivent être maintenues en place à l'aide d'une bande élastique qui exerce sur la peau une pression toujours égale. Quand la résistance du corps humain est faible il est bon d'introduire dans le circuit une résistance variable suivant les régions explorées de façon à rendre minimes les oscillations de l'intensité. Un galvanomètre apériodique très sensible est nécessaire.

Etant donné qu'au niveau du sternum et de l'hypogastre la résistance subit une diminution très marquée pendant le passage du courant, on n'y devra pas placer l'électrode indifférente contrairement à ce qu'on a écrit dans les traités d'électrothérapie.

Il résulte de ces faits que pour l'électro-diagnostic il faut employer comme électrode indifférente l'eau d'un vase en porcelaine où le malade plonge les mains ou les pieds et où le courant arrive par un conducteur en or ou doré parce qu'alors la résistance est très constante. L'électrode active, petite et impolarisable, sera fixée au moyen d'une bande élastique dont un dynamomètre doit indiquer la tension. Il convient aussi d'user de forces électro-motrices variables selon la résistance du point à électriser. Il est certain qu'il est très important, si on veut obtenir des résultats comparables, d'opérer dans des conditions toujours identiques et où les chances d'erreur soient réduites au minimum, la méthode de M. d'Arman me paraît remplir ces conditions mieux que celles actuellement employées.

On sait combien l'étude des réactions électriques de l'œil est utile au diagnostic des maladies nerveuses quoiqu'elles soient loin jusqu'ici de donner des résultats aussi exacts que ceux fournis par les nerfs et les muscles, mais là aussi l'irrégularité des résultats tient en grande partie à l'insuffisance de la technique opératoire.

Lombroso et Levi (*Lo Sperimentale*, avril 1894) viennent de décrire la méthode très simple qui leur a servi dans leur *Contribution à l'étude de la réaction électrique de l'œil.* Ils placent une large électrode sur la nuque une autre de 3 centimètres de diamètre est appliquée sur l'œil et maintenue à l'aide d'une bande légèrement élastique. Le circuit comprend un interrupteur, un commutateur, un galvanomètre et un rhéostat. Ils procèdent aux recherches dans l'ordre suivant : réaction minima, réaction oculaire pour une intensité de 1 milliampère; réaction oculaire pour 2 milliampères. Les réactions polaires sont étudiées successivement : Ka Fe, Ka O, An Fe, An O.

Les recherches ont porté sur 4 cas de tabes dorsal, 1 d'atrophie

musculaire progressive (type Aran-Duchenne), 2 cas de paralysie périphérique du facial (*a frigore*), 1 de polynévrite chronique, 3 de névrose traumatique, 12 d'hystérie ; 6 de neurasthénie.

Dans les maladies organiques on observe souvent une réaction normale. Mais lorsqu'il y a anomalie, avec ou sans troubles visuels, on trouve soit la prédominance de la secousse négative d'ouverture, soit l'égalité des réactions d'ouverture ou des réactions de fermeture, ou les deux choses simultanément. Dans un des cas de névrose traumatique les auteurs ont trouvé la prédominance de la secousse négative d'ouverture, sans qu'il y eût de troubles visuels, dans un autre cas le même phénomène coïncidait avec une diminution de l'acuité visuelle. Dans l'hystérie et la neurasthénie, si l'acuité visuelle est normale on, n'observe pas d'altérations spéciales de la réaction galvanique. On trouve toujours une différence entre les deux yeux ; l'hyperesthésie est maxima dans la neurasthénie. Les réactions polaires sont à peu près identiques à celles de l'état physiologique. Cependant pour la réaction minimum la secousse négative d'ouverture se montre prépondérante.

Lorsqu'il y a diminution de l'acuité visuelle, la réaction est ordinairement normale ; on l'a cependant trouvée affaiblie même pour l'œil sain dans un cas d'hystérie et dans un de neurasthénie. — L'anisométropie n'influe pas sur la sensibilité de la réaction. Ces résultats correspondent à ceux déjà obtenus par Hoche.

Pour finir je dois mentionner les recherches de Glogner sur les *variations électriques de l'excitabilité électrique des nerfs dans le Beri-Beri*.

L'action locale du poison morbide sur les nerfs périphériques varie beaucoup ; on trouve tantôt une augmentation de l'excitabilité galvanique des nerfs, tantôt une diminution reconnaissable sur la plupart des nerfs mais prédominant sur les nerfs tibiaux et péronniers. Ces modifications apparaissent très brusquement et varient d'un jour sur l'autre. De sorte que si on veut se rendre un compte exact de la marche de la maladie, il faut rechercher journellement, en même temps que l'état de la circulation et de la respiration, les modifications survenues dans les réactions électriques des nerfs périphériques et plus spécialement celles des nerfs tibiaux et péronniers.

II. — Electrothérapie.

Si les travaux ne brillent pas par le nombre, ils sont au moins remarquables par la qualité. Je signalerai tout d'abord celui de M. Henri Bordier préparateur de physique à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur le *traitement du goitre exophtalmique par le courant faradique*. L'auteur après avoir passé en revue les divers traitements médicaux et leurs effets et signalé les bons résultats du

traitement par le courant galvanique, se range cependant à la pratique de Vigouroux qui donne la préférence au courant d'induction Après avoir indiqué minutieusement la technique qu'il emploie et qui ne diffère d'ailleurs en rien de celle préconisée par Vigouroux, en 1886, il donne deux observations intéressantes. Il note surtout comme résultat, l'amélioration de l'état général, la diminution de la sensation de chaleur et de tremblement et la diminution du goitre surtout marquée dans les quinze premières séances, après quoi la tumeur demeure stationnaire. Sur l'exophtalmie et la tachycardie l'amélioration a été plus lente à se produire. Il n'en considère pas moins ce traitement comme le procédé de choix, ce qui est fort discutable.

M. Witkoswki (de Berlin) a essayé l'action du *pinceau galvanique dans le traitement de certaines affections nerveuses.* (*Sem. méd.* 13 oct., 1894.)

Le pinceau galvanique agit plus énergiquement que le pinceau faradique. Ses effets peuvent être dosés exactement et ne se bornent pas à la surface de la peau. Aussi donne-t-il d'excellents résultats dans les anesthésies périphériques, l'impuissance sexuelle résultant de l'onanisme, les névralgies, les troubles vésicaux et les troubles de la sensibilité cutanée chez les tabétiques.

Le pinceau galvanique est toujours mis en communication avec le pôle négatif d'une batterie suffisamment puissante, l'électrode indifférente bien mouillée étant placée sur une partie quelconque du corps.

Afin d'éviter l'action caustique du courant il faut prendre la précaution d'humecter la région à électriser et ne pas laisser le pinceau trop longtemps à la même place.

Chez les tabétiques, l'emploi du pinceau galvanique dissipe les troubles urinaires plus sûrement et plus vite que la suspension. Il ramène la sensibilité dans les membres inférieurs, amende les douleurs fulgurantes et diminue l'ataxie. Ce sont là des résultats qu'on n'obtient pas facilement par d'autres procédés; aussi méritent-ils d'être signalés à l'attention des praticiens d'autant plus que le traitement n'est pas difficile à employer et ne nécessite pas un matériel extraordinaire.

Il me reste à signaler le très intéressant travail du Dr P. Guyenot, médecin attaché à l'établissement thermal d'Aix-les-Bains sur les *Douches hydro-électriques.*

La douche hydro-électrique galvanique ou faradique est caractérisée par le mode de conduction des courants qui se fait exclusivement soit par le jet d'eau d'un appareil à douches d'une part, soit d'autre part par un second jet d'eau, ou par celle qui baigne le sol de la cabine. Celle-ci doit avoir une disposition spéciale sur laquelle je n'ai point à m'apesantir ici.

Pour la douche hydrogalvanique générale, on ouvre le robinet

d'un des appareils à douche et on laisse couler sans interruption l'eau provenant de ce tuyau sur le sol en contre-bas de la cabine, bientôt recouvert d'une nappe où plongent les pieds du malade qui, debout ou assis sur un siège de bois, reçoit le jet d'eau du deuxième appareil à douche qui contiendra le courant.

Le circuit est composé : 1° par le fil métallique réunissant un pôle du générateur d'électricité à l'embout métallique du premier appareil à douches ; 2° par le jet d'eau sortant de cet appareil et la nappe d'eau qui recouvre le sol de la cabine; 3° par le malade; 4° par le jet d'eau du deuxième appareil à douches que dirige le doucheur ; 5° par le fil métallique qui relie l'embout du deuxième appareil à douches au deuxième pôle du générateur d'électricité. On peut de plus à l'aide d'un rhéostat ou d'un renverseur graduer le courant, le changer de sens, sans secousses ou avec des secousses un peu douloureuses avec un courant de plus de 10 milliampères.

On peut aussi, en mettant une lance à faible ouverture au premier appareil localiser entre deux points douchés la majeure partie du courant.

Pour les douches hydrofaradiques, le courant continu est remplacé par le courant d'induction et gradué de même au moyen d'un rhéostat. On peut à l'aide du combinateur de courants appliquer une douche avec les deux courants réunis. L'explication physiologique de l'action de ces douches n'est certes pas près d'être élucidée malgré que de nombreux travaux aient été déjà publiés sur ce sujet. L'emploi de l'électricité par la douche présente certains avantages. On peut, ou faire en quelques instants circuler le courant dans tout l'organisme ou le localiser à des intensités assez élevées sans produire ces sensations douloureuses et les eschares souvent inévitables avec les électrodes ordinaires.

Pour ce qui est des effets thérapeutiques, la douche galvanique générale tempérée ou chaude, est toujours sédative, si on a soin d'augmenter et diminuer graduellement l'intensité du courant, de ne pas dépasser 10 milliampères et d'employer un jet de large section. La durée maxima est de dix minutes. L'effet sédatif est précédé d'un léger effet d'excitation. En employant le courant descendant on obtient le maximum d'effet sédatif. La douche électrogalvanique générale avec les interruptions fréquentes devient rapidement excitante. Elle s'emploie donc dans les affections où on veut avoir en même temps que des effets généraux une certaine excitation et la contraction musculaire.

La douche hydrogalvanique générale s'emploie lorsqu'on veut produire des effets profonds sur la nutrition générale et le système nerveux. La douche hydrogalvanique locale convient dans les névralgies et paralysies localisées. Les douches hydrofaradiques sont indiquées lorqu'on veut réagir par voie réflexe sur le système

nerveux. Les indications sont les mêmes que pour les modes d'emploi habituels du courant induit avec cette différence que ce mode d'électrisation permet d'agir localement sur un trajet nerveux ou sur un muscle beaucoup plus rapidement qu'avec le procédé des électrodes appliquées sur la peau.

Cette méthode est évidemment supérieure lorsqu'on veut agir sur la nutrition, sur le système nerveux, la sensibilité cutanée, les réflexes sécrétoires et vaso-moteurs, mais elle a l'inconvénient de demander une installation et une éducation spéciales ce qui fait qu'elle n'est pas à la portée de tous les médecins. Il en est de même pour l'*emploi thérapeutique des courants à haute fréquence* sur lequel M. d'Arsonval a présenté une note à l'Académie des Sciences le 28 mars au nom de MM. Apostoli et Berlioz. Ces auteurs ont expérimenté sur 75 malades la méthode d'auto-conduction décrite par M. d'Arsonval. Voici leurs conclusions cliniques qui viennent confirmer les découvertes du savant professeur du Collège de France : ces courants lorsqu'ils enveloppent complètement le malade et agissent par auto-conduction restent inefficaces contre la plupart des troubles hystériques et contre quelques névralgies localisées, ainsi que contre les névrites. Mais ils exercent une action manifeste et puissante sur l'activité nutritive (fait démontré par M. d'Arsonval).

Aussi exercent-ils une action modificatrice considérable dans les troubles provoqués par le ralentissement ou la perversion de la nutrition (arthritisme, rhumatisme, goutte), et très probablement dans la glycosurie. Dr L.-R. REGNIER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XIV. LES SYMPTÔMES MENTAUX DU MYXŒDÈME ET L'INFLUENCE EXERCÉE SUR EUX PAR LE TRAITEMENT THYROÏDIEN; par T.-S. CLOUSTON. (*The Journal of mental Science*, janvier 1894.)

Après avoir rappelé la grande variabilité des troubles mentaux qui accompagnent le myxœdème l'auteur indique que, dans les cas qu'il a observés, la marche générale de l'affection mentale a été à peu près la suivante : d'abord ralentissement de l'activité intellectuelle ; puis dépression émotive ; ensuite irritabilité, soupçons morbides, impossibilité de résister à la moindre perturbation d'origine exté-

rieure, perte générale de la volonté, ou crises de manie; plus tard encore affaiblissement, quelquefois accompagné d'exaltation, et finalement lassitude, hébétude, aboutissant au moment de la mort à l'anéantissement mental.

En ce qui touche le traitement thyroïdien l'auteur l'a expérimenté sur deux malades : il avait commencé par employer la glande thyroïde en nature, crue ; mais bientôt il a eu recours à un extrait préparé par le pharmacien de l'asile. Il avait débuté par des doses élevées qu'il ne tarda pas à trouver dangereuses, et il en vint à ne plus administrer que la valeur de la seizième partie d'une glande thyroïde une fois par jour, avec de fréquentes interruptions. Chez les deux malades à qui le remède fut administré, la maladie datait de cinq ans au moins : les troubles mentaux suffisamment caractérisés pour constituer la folie existaient depuis plus de trois ans chez l'une d'elles et depuis plus d'un an chez l'autre : toutes les deux étaient, au point de vue somatique, des types de myxœdème. Chez l'une d'elles, l'administration du remède (l'auteur donnait alors une demi-glande thyroïde par jour) provoqua des nausées, et une tendance à la syncope ; l'intolérance était nette et ne disparut que devant des doses notablement plus faibles (un seizième de glande thyroïde) et données seulement deux fois par semaine. Chez les deux malades il y eut augmentation de la température et diminution du poids. Chez toutes deux aussi l'amélioration mentale fut manifeste avant la fin du premier mois. Après quatre mois de traitement, l'une des malades (celle qui n'était aliénée que depuis un an) put rentrer chez elle très notablement améliorée et en bonne voie de guérison ; malheureusement, elle appartenait à une famille de buveurs et les réjouissances qui célébrèrent sa sortie de l'asile lui furent fatales ; elle succomba dix jours après sa sortie, à une brusque syncope cardiaque probablement provoquée par le surmenage et l'alcool.

L'autre malade resta à l'asile six mois après le début du traitement et elle alla constamment s'améliorant; puis elle rentra chez elle, reprit ses habitudes, retrouva à l'égard des siens tous ses sentiments affectifs longtemps obscurcis ou même effacés, et elle est actuellement parfaitement guérie.

Les deux points sur lesquels M. Clouston tient à insister à propos du traitement thyroïdien sont les suivants : d'abord il est indispensable que le traitement soit lent et prolongé ; ensuite, il faut se souvenir que lorsque le tissu cardiaque et le tissu cérébral sont libérés de l'agent étranger qui a compromis leur fonctionnement, le danger n'est pas définitivement passé, ni la guérison radicalement complète : il serait peu rationnel de supposer que des désordres qui ont mis des années à se produire pussent être intégralement réparés en quelques mois.

L'auteur a observé récemment deux faits qui l'ont très vivement

frappé au point de vue de la récupération fonctionnelle du tissu cortical. L'un était un cas de folie puerpérale, datant de quelques semaines et terminé par la mort : on trouva les cellules corticales dans un état de dégénérescence très accusé et très avancé, avec des cellules étoilées et des noyaux en état de prolifération autour des vaisseaux et de la névroglie. Si une dégénérescence de cette nature est réellement curable, il ne faut plus désespérer de guérir certains cas de folie avancée. Le second fait est celui que l'auteur vient de rapporter, la guérison d'un myxœdème par le traitement thyroïdien.

M. Clouston décrit ensuite les lésions corticales observées dans une autopsie de myxœdème, et comme il s'agissait d'un sujet âgé, il s'attache à rechercher la part qui peut être faite aux altérations séniles et celle qui appartient légitimement à l'affection myxœdémateuse.

« Si l'on pouvait risquer une hypothèse, dit-il en terminant, il serait permis de supposer que la névroglie corticale est en quelque sorte imbibée de mucine, d'où diminution de l'anabolisme et du catabolisme cellulaires, et, consécutivement, abaissement de l'activité réactionnelle. La période de début du processus est quelquefois caractérisée par de l'irritabilité, et les périodes plus avancées par de la torpidité de réaction. »

Quoi qu'il en soit, M. Clouston estime que, à l'heure actuelle, aucune théorie tendant à interpréter la manière dont le myxœdème agit sur l'activité mentale de l'écorce cérébrale ne pourra être considérée comme suffisante et complète si elle ne tient pas compte de la merveilleuse accélération du développement mental et trophique qui succède à l'emploi de la médication thyroïdienne.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XV. LES DROGUES TIRÉES DU CHANVRE ET LA FOLIE ; par J.-H. TULL WALSH. (*The Journal of mental Science*, janvier 1894.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° On fait un grand usage au Bengale des drogues tirées du chanvre : on les fume à l'état de *chunus* et de *ganja ;* on les boit à l'état de *bhang* et de *siddhi*, et on les mange à l'état de *majune;* toutefois l'habitude de fumer le *chunus* et de manger le *majune* n'est pas très répandue;

2° Chez les sujets sains, le *ganja* fumé seul, ou mélangé avec du tabac, ou avec une très petite quantité de *datura* détermine un état qui peut varier entre un effet exhilarant et une ivresse bien accusée. Les effets violemment enivrants sont moins marqués, ou même nuls, chez les personnes dont l'alimentation est régulière et substantielle. La même observation est applicable au *bhang*, etc., etc.;

3° Chez les sujets intellectuellement faibles, ou à tendances névropathiques très accusées, une quantité même modérée, ou un très léger abus des substances tirées du chanvre peut aggraver la folie, manifeste ou latente, et rendre ces sujets violents, moroses ou mélancoliques, suivant la forme initiale de leur névropathie. L'addition de substances telles que le datura accentue encore les effets;

4° L'abus des substances tirées du chanvre, surtout si elles sont mélangées de datura, détermine même chez les sujets sains une intoxication énergique qui peut simuler la manie, ou bien aboutir à la mélancolie et à la démence. Cet état est généralement de courte durée, et la terminaison ordinaire est la guérison complète; celle-ci est même si ordinaire que, suivant l'auteur, lorsqu'un malade, interné pour des troubles intellectuels dus à l'abus des préparations de chanvre, ne guérit pas dans un délai de dix mois, on est autorisé à penser que ces préparations n'ont probablement été qu'une cause déterminante, et que le malade était déjà aliéné avant de faire usage de ces agents toxiques, ou bien que les préparations de chanvre n'ont fait que provoquer l'éclosion d'une folie latente.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XVI. SUR LA GYMNASTIQUE ET LE MASSAGE CONSIDÉRÉS COMME AGENTS THÉRAPEUTIQUES DANS LES MALADIES NERVEUSES, AVEC OBSERVATIONS; par GUST SANDBLOM. (*The New-York medical Journal*, 12 janvier 1895.)

L'auteur insiste sur les services que peuvent rendre ces deux moyens dans le traitement des affections nerveuses; il énumère les maladies dans lesquelles il convient d'employer l'une ou l'autre de ces médications et entre dans quelques détails intéressants sur la technique du massage, technique variable suivant l'état pathologique auquel on veut remédier. R. M. C.

XVII. LE TRAITEMENT OPHTALMOLOGIQUE DES ÉPILEPTIQUES : REVUE CRITIQUE DE QUELQUES FACTEURS CAPABLES DE PROVOQUER DES CRISES CONVULSIVES ET DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE SANS MÉDICAMENTS; par AMBROSE L. RANNEY. (*The New-York medical Journal*, 20 janvier 1894.)

Nous reproduisons ici, en les abrégeant seulement sur quelques points secondaires, les conclusions de ce travail important :

1° Dans l'épilepsie, je considère l'examen des yeux (au point de vue des anomalies de la réfraction) et des muscles oculaires (au point de vue de l'hétérophorie) comme la première et peut-être la plus importante des données qui peuvent conduire à la détermination de l'origine des troubles nerveux réflexes;

2° On ne peut formuler aucune conclusion en ce qui touche l'absence ou l'existence de l'hétérophorie, tant qu'un médecin absolument familiarisé avec les méthodes les plus récentes propres à déterminer la présence de l'hétérophorie « latente » n'a pas consacré à cette recherche une somme suffisante de temps, de patience et d'habileté ;

3° Les préparations bromurées et les divers autres médicaments ne doivent, en règle générale, jamais être administrées à un épileptique tant que l'on n'a pas scientifiquement recherché toutes les sources possibles d'irritation réflexe, et qu'on n'y a pas remédié, dans la mesure où on le peut faire. — Il peut y avoir cependant à mon avis des raisons légitimes pour se départir exceptionnellement de cette règle ; mais je ne saurais protester ici trop énergiquement contre le système actuellement en vigueur, et qui consiste à médicamenter les épileptiques dès la première attaque, sans prendre soin de rechercher les causes possibles de l'épilepsie ;

4° Je conseille énergiquement d'avoir *toujours* recours à l'atropine avant de se prononcer sur l'état de la réfraction. Je pense aussi que, chez les épileptiques, il est sage d'assurer la correction complète de tout astigmatisme possible (par l'usage constant de verres appropriés et bien montés) et une correction aussi exacte que possible que le malade pourra la supporter (à l'aide de verres sphériques) de la moindre hypermétropie latente, alors même que, pour cela, il serait nécessaire, pour prévenir le retour du spasme ciliaire, de faire au malade pendant plusieurs semaines, avec des intervalles convenables, des instillations d'atropine. J'ai vu beaucoup de cas d'épilepsie chronique dans lesquels les malades ont été débarrassés de leurs crises pendant tout le temps où l'action de l'atropine s'exerçait sur le muscle ciliaire;

5° Il ne faut jamais promettre à un épileptique la possibilité d'une guérison absolue par un traitement ophtalmologique : mais le malade et le médecin peuvent d'ordinaire espérer avec une certaine confiance que la correction radicale d'une hétérophorie accentuée ou d'une anomalie de la réfraction sera éventuellement suivie de résultats avantageux et durables ;

6° Ce qui paraît résulter de l'examen de tous les cas traités par moi, c'est que, après correction satisfaisante de leurs anomalies visuelles, 90 p. 100 des épileptiques chroniques, ont été mieux, en dehors de tout traitement bromuré, que lorsqu'ils étaient soumis à des influences médicamenteuses. Chez quelques-uns, il y a eu guérison apparente. Il ne faut pas oublier que lorsque par un traitement quelconque on libère de ses attaques un épileptique chronique au même degré que par le fâcheux effet des bromures, on a par cela seul obtenu une amélioration marquée; que si, par surcroît, on a obtenu une diminution appréciable des attaques, on a rendu au malade un double service; et enfin que si les attaques sont

complètement suspendues sans médicaments, on se trouve en présence d'un des faits les plus remarquables que puisse enregistrer la littérature médicale;

7° Lorsque la recherche et la correction attentives de l'hétérophorie ou d'une anomalie de la réfraction n'ont donné que des résultats négatifs, il est sage, avant d'avoir recours aux moyens pharmaceutiques, de rechercher s'il n'existe pas d'autres sources d'irritation nerveuse périphérique (par exemple : carie dentaire, phimosis, affections du rectum ou de l'utérus, cicatrices, etc.). Il est d'ailleurs important, avant de rechercher les autres causes de troubles réflexes périphériques ou d'instituer un traitement ophtalmologique, de s'assurer s'il n'existe pas d'affection chronique du rein, de syphilis, de lésion organique du cerveau, de dépression du crâne;

8° Le traitement de l'hétérophorie par les verres prismatiques seuls n'est pas curatif; et même, à mon avis, il ne faut pas attendre de ce traitement des résultats nettement avantageux. Les verres prismatiques, toutefois, sont utiles pour préciser l'existence et le degré d'une hétérophorie « latente » avant que l'on n'en poursuive la correction radicale par des ténotomies graduées;

9° La durée du traitement ophtalmologique de l'épilepsie varie avec les conditions du problème oculaire que constitue chaque cas particulier. On ne rétablit guère l'orthophorie chez un épileptique en moins d'une année; et il peut être nécessaire de laisser entre les interventions chirurgicales des intervalles qui portent à deux, ou même à trois ans, la durée du traitement. Il faut d'ailleurs, en pareille matière, se défier des conclusions prématurées. Ces malades, en effet, se sont souvent habitués, dès l'enfance, et d'une manière purement instinctive et tout à fait inconsciente, à mettre en œuvre certaines combinaisons musculaires anormales qui peuvent simuler un équilibre parfait des yeux et une accommodation exacte, mais qui exigent néanmoins un véritable surmenage nerveux sans symptômes oculaires apparents;

10° On ne saurait attacher trop d'importance à la façon de centrer et de monter les verres sphériques ou cylindriques; il est peu d'opticiens qui apportent à ce travail assez de soin et de précision;

11° Les objections que font parfois, même en présence des malades, les médecins à l'emploi de la ténotomie progressive des muscles de l'œil en raison de ses dangers, du risque d'atteindre un excès de correction, etc., ont trop souvent pour résultat d'alarmer inutilement les malades et de les empêcher d'obtenir le soulagement qui est à leur portée et que les verres prismatiques ne leur procurent pas et ne leur procureront jamais. L'anesthésie locale par la cocaïne supprime la douleur pendant l'opération, qui ne laisse après elle qu'un peu de gêne, et ne nécessite, telle qu'on la

pratique actuellement, ni séjour à la chambre, ni pansement chirurgical. Il est évident que cette intervention chirurgicale exige de l'opérateur de l'habileté et une longue habitude ; mais quand elle est bien faite, il n'y a aucun risque d'un excès de correction auquel il serait d'ailleurs aisé de remédier. R. M. C.

XVIII. Le traitement de l'épilepsie par la ténotomie des muscles oculaires et par d'autres moyens chirurgicaux ; par Casey A. Wood. (*The New-York Medical Journal*, 14 juillet 1894.)

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1° L'hétérophorie sous une forme quelconque, latente ou manifeste, peut être démontrée, en tant qu'état oculaire, chez quatre-vingt-quinze sujets sur cent ;

2° Seule, ou associée à l'amétropie, elle est assez communément la cause du phénomène que l'on désigne sous le nom d'asthénopie ;

3° Dans ce dernier cas, la correction de l'anomalie concomitante de la réfraction remédie, dans la grande majorité des cas, aux symptômes déterminés tant par l'amétropie que par l'anomalie musculaire : s'il n'en est pas ainsi, l'hétérophorie peut être tenue pour responsable de l'asthénopie ;

4° Il est extrêmement probable que lorsque l'épilepsie est liée au surmenage oculaire ou lorsqu'elle en dépend entièrement, on pourra constater d'autres preuves de son existence ;

5° Il résulte de ce qui vient d'être dit que, dans le traitement oculaire de l'épilepsie tant soit peu accentuée, c'est la correction de l'amétropie, et non pas la correction de l'hétérophorie, qui constitue la première et la plus pressante indication à remplir par l'ophtalmologiste ; et que, dans les cas où l'on obtient simultanément la correction de ces deux anomalies, il est légitime, si un résultat avantageux est obtenu, de l'attribuer à la correction de l'amétropie ;

6° Dans les cas d'épilepsie avec hétérophorie et emmétropie, ou bien s'il arrive que la correction des erreurs de réfraction ne réussit pas à amender les symptômes d'asthénopie et que l'obtention de l'orthophorie est suivie à la fois de la guérison de l'épilepsie et de l'asthénopie, il est légitime de dire que l'intervention chirurgicale ou thérapeutique exercée sur les muscles de l'œil a eu pour effet d'arrêter les crises convulsives ;

7° En l'absence de symptômes oculaires, indépendamment de l'épilepsie, une opération pratiquée sur les muscles de l'œil a tout juste le même rapport thérapeutique avec la guérison ou l'amélioration de la maladie que les autres interventions chirurgicales qui ont été en vogue depuis un siècle, telles que la trachéotomie, le séton, la ligature des artères vertébrales, la trépanation, l'oopho-

rectomie, la circoncision, la castration, la cautérisation actuelle, l'excision des cicatrices, etc.;

8° Ces diverses opérations déterminent la guérison ou le soulagement de l'épilepsie (épilepsie idiopathique ou hystéro-épilepsie), par la puissance de l'impression mentale produite sur le malade : cette vérité est depuis longtemps reconnue par les neurologistes;

9° La cure vraie de l'épilepsie par un traitement ophtalmologique, quel que soit ce traitement, ne peut évidemment être obtenue que dans les cas où l'anomalie de la fonction visuelle agit à la façon d'un irritant périphérique. Il reste entièrement à démontrer que des anomalies de la portion musculaire extrinsèque de l'appareil de la vision puissent, dans une mesure importante, être tenues pour responsables de l'existence de crises épileptiques;

10° Le traitement ophtalmologique des épileptiques qui présentent des troubles visuels n'a pas jusqu'ici attiré l'attention que mérite l'importance du surmenage oculaire considéré comme agent d'irritation réflexe. L'examen ophtalmoscopique doit être pratiqué avec le plus grand soin chez tous les épileptiques dès que l'on constate ou que l'on peut soupçonner des symptômes d'asthénopie;

11° L'auteur estime qu'on aurait grand tort de laisser croire aux médecins, et, par leur intermédiaire, aux gens du monde que *tous* les cas d'épilepsie idiopathique sont justiciables du traitement ophtalmologique ; il vaut mieux dire simplement que les seuls cas qui, à un point de vue rigoureusement scientifique, relèvent de ce traitement, sont ceux dans lesquels les organes de la vue constituent manifestement une source d'irritation en donnant lieu à l'ensemble de symptômes généralement compris sous le nom de surmenage de l'œil;

12° Lorsque toutes les interventions échouent, il est indiqué d'avoir recours à une opération chirurgicale telle que la conseille Reynolds, facile à exécuter, dépourvue de tout danger, et cependant suffisamment douloureuse pour avoir sur l'esprit du malade une impression durable. L'auteur conseillerait volontiers l'excision, à des intervalles convenables, sur différents points du corps, de quelques fragments de peau ; on laisserait ensuite les surfaces dénudées guérir par le processus granuleux. R. M. C.

XIX. Le traitement du delirium tremens dans un service d'alcoolisme a l'hôpital de Bellevue; par Russell Bellamy. (*The New-York médical Journal*, 21 juillet 1894.)

L'auteur résume dans ce mémoire les résultats qu'il a obtenus contre le delirium tremens, avec un nouvel hypnotique, le *trional*, ou diéthylsulphonméthyléthylméthane : il l'a employé dans vingt-

cinq cas, à la dose habituelle de 20 grains à la fois (1gr,20) sans avoir ordinairement besoin de pousser la dose totale au delà de 50 grains (3 grammes). Ses conclusions sont les suivantes :

1° Le delirium tremens a été calmé par le trional avec plus de rapidité et moins de danger que par les autres hypnotiques; 2° dans la majorité des cas, on a observé des effets marqués de stimulation qui sont peut-être dus aux éléments méthylique et éthylique que renferme le médicament; 3° de l'abaissement de température observé dans tous les cas, on peut conclure que le trional possède des propriétés antipyrétiques qui le rapprocheraient de ses alliés du groupe des phénols; 4° il a toujours été bien toléré par l'estomac, et dans un cas où il a été administré par la voie rectale, il a été rapidement absorbé; 5° nul effet fâcheux n'a suivi son administration, et dans tous les cas sauf deux dans l'un desquels existait une complication de nature tuberculeuse, la guérison a été rapide.

R. M. C.

XX. Remarques sur les effets de l'alimentation thyroïdienne dans quelques formes d'aliénation mentale; par Lewis-C. Bruce. (*The Journal of mental science*, janvier 1895.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° l'administration à l'intérieur des préparations thyroïdiennes provoque un véritable processus fébrile, et la réaction qui en résulte est favorable au malade; 2° la quantité de médicament nécessaire pour obtenir l'effet physiologique varie suivant les sujets, mais il est rarement nécessaire de dépasser la dose quotidienne de 60 grains d'extrait (3gr,30); 3° l'emploi de l'extrait thyroïdien à doses excessives et prolongées provoque de l'irritation gastrique; 4° l'emploi des préparations thyroïdiennes dans le traitement de l'aliénation mentale présente un certain danger par suite de la faiblesse cardiaque que ces préparations déterminent. Ce danger peut être réduit à son minimum et presque entièrement écarté par le maintien du malade au lit pendant toute la durée du traitement et pendant quelques jours même au delà du traitement; 5° l'emploi des préparations thyroïdiennes est contre-indiqué dans les cas de manie, lorsqu'il existe de l'excitation aiguë, lorsque le poids du corps s'abaisse rapidement et lorsqu'il y a danger d'épuisement en raison d'une assimilation défectueuse de la nourriture; 6° le traitement thyroïdien paraît particulièrement avantageux dans la folie de l'adolescence, de la ménopause et de la période puerpérale; 7° son emploi est souvent utile dans les cas où la guérison est lente; 8° dans les cas anciens, qui tendent à passer à la démence le traitement thyroïdien donne quelquefois le coup de fouet nécessaire pour conduire le malade à la guérison finale; 9° les malades soumis à ce traitement doivent être maintenus à une température aussi égale

que possible; 10° les résultats qui nous sont fournis par l'essai de ce traitement dans la paralysie générale sont assez satisfaisants pour nous donner à penser que cette médication serait avantageuse si le traitement intervenait à une période suffisamment précoce de la maladie; 11° enfin les résultats obtenus sont assez importants pour qu'on soit autorisé à penser que l'arsenal thérapeutique des aliénistes s'est enrichi d'un nouveau et précieux moyen de combattre l'aliénation mentale.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXI. DE L'IMPORTANCE DE L'USAGE SIMULTANÉ DES BROMURES ET DE L'ADONIS VERNALIS DANS L'ÉPILEPSIE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Puisque les attaques d'épilepsie ont pour substratum physiologique une altération vaso-motrice de l'encéphale, avec afflux de sang dans la cavité cranienne, il est légitime de diminuer l'excitabilité du centre cérébral et en particulier de l'écorce par le bromure, et en même temps de faire circuler le sang par le relèvement de la pression artérielle et le rétrécissement de la lumière des vaisseaux. De là la préparation suivante :

Infussion d'adonis vernalis, à la dose de	2 à 3gr,75	pour 180 liq.
Bromure de potassium	7,50 à 11gr,25	—
Codéine	0,12 à 0gr,18	—

A prendre par jour quatre, six, et au besoin huit cuillerées à soupe. Souvent les accès disparaissent, en tout cas leur nombre et leur violence diminuent. Résultats constants. Deux observations à l'appui.

P. K.

XXII. MANUEL OPÉRATOIRE DE LA PONCTION VERTÉBRALE LOMBO-SACRÉE; par le Dr A. CHIPAULT. (*Revue neurologique*, janv. 1895.)

Lorsqu'il s'agit simplement, sans autre indication, de parer à une hypertension du liquide céphalo-rachidien, le seul procédé d'évacuation indiqué est la ponction par un espace intervertébral et, dans ce cas, l'auteur estime qu'il est utile chez l'enfant et indispensable chez l'adulte de substituer à la ponction par le troisième ou le quatrième espace intervertébral lombaire ou procédé de Quincke, la ponction par un espace intervertébral situé plus bas. Cet espace de choix, c'est l'espace lombo-sacré, plus large que les espaces sus-jacents et au niveau de la partie médiane duquel il n'y a plus de filets nerveux. L'auteur précise quels sont les points de repère pour y faire pénétrer le trocart et donne les indications nécessaires au manuel opératoire.

E. BLIN.

XXIII. Note sur deux cas de traumatisme rachidien avec intervention chirurgicale; par M. Chipault. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 6.)

Les deux seules variétés de traumatisme de la moelle, dans lesquelles l'intervention chirurgicale peut être utile, sont les lésions médullaires par compression, quand elles siègent aux régions inférieures, et les lésions des racines.

Première observation. — Homme de vingt-deux ans, chute d'un toit, vive douleur à la pression vers la onzième apophyse épineuse dorsale, pas de gibbosité. Paralysie complète du membre inférieur gauche, analgésie et anesthésie sans thermanesthésie de la verge, des bourses, de l'anus, d'une partie de la région fessière et d'une petite surface de la cuisse droite, ainsi que de toute la jambe et le pied du même côté. — Onze jours après l'accident, réclinaison des muscles des gouttières vertébrales. On voit alors une saillie notable de la partie supéro-externe de la lame gauche de la onzième vertèbre dorsale. Le fragment osseux peu mobile qui la produisait était constitué par la lame et les masses latérales de la vertèbre. On enlève le fragment et on applique un appareil plâtré. Guérison progressive et absolument complète. Le malade, un meunier, peut, comme par le passé, porter sur son dos des sacs de 75 kilogrammes.

Deuxième observation. — Subluxation antéro-latérale de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième, suite d'une chute. Paralysie et atrophie des muscles dépendant des quatrième et cinquième segments radiculo-médullaires gauches, par élongation des racines correspondantes. Exagération du déplacement vertébral avec quelques accidents pendant la station debout. — Ligature des vertèbres avec un fort fil d'argent prenant son point d'appui autour de la troisième apophyse épineuse, passant sur le bord gauche de la quatrième apophyse épineuse qu'il maintient, et venant se fixer autour de la cinquième. Le lien ainsi placé, la luxation reste réduite. — Guérison progressive et complète. Le sujet a repris son métier de charpentier et il fait, sans être incommodé, de longues courses à bicyclette. C.

XXIV. La méthode curative des playes et des fractures de la teste humaine. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 2.)

La méthode curative des playes et fractures de la teste humaine, avec les pourtraits des instruments nécessaires pour la curation d'icelles. Par M. Ambroise Paré, chirurgien ordinaire du Roy et Juré à Paris. De l'imprimerie de Jehan le Royer, imprimeur du Roy ès

mathématiques demeurant en la rue Saint-Jacques à l'enseigne du Vray Potier près les Mathurins. Avec privilège du Roy, 1561.

Tel est le titre d'un petit volume aujourd'hui rarissime, et qui est bien, d'après M. Chipault qui en donne l'analyse dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, l'un des documents les plus intéressants que nous ait légués le xve siècle sur l'histoire du trépan.

Il comprend deux parties. La première consacrée à l'anatomie de la tête n'a rien de remarquable, c'est le résumé des connaissances de l'époque. On y voit que les esprits animaux partis du cœur arrivent au cerveau par les carotides, qu'ils se promènent dans les ventricules où l'âme vient, en les interrogeant et les interprétant, prendre ses conclusions. — Mais on trouve dans la seconde partie des documents autrement sérieux. Ainsi les descriptions des différentes sortes de fractures du crâne, avec les pronostics et des déductions thérapeutiques. On y peut constater aussi que le manuel opératoire de la trépanation, du temps d'Ambroise Paré, diffère peu de celui qu'on suit aujourd'hui. Ce qui accroît encore enfin l'intérêt de ce livre, c'est la collection des dessins représentant les instruments dont se servait le vieux maître de la chirurgie française. CAMUSET.

XXV. DE QUELQUES FORMES DE L'INTOLÉRANCE DE L'ALCOOL ET DE SON PRONOSTIC; par A. SMITH. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XVII. NF. V. 1894.)

La dipsomanie, la passion de l'ivrognerie, n'existe pas. C'est l'intolérance à l'égard de l'alcool qui existe. Et cette intolérance provient soit de causes exogènes : excès de boissons dus surtout à des habitudes sociales, soit des causes endogènes : l'intolérance proprement dite qui a pour caractères la rapidité et la gravité de l'intoxication contrastant avec la faible quantité des boissons alcooliques ingérées. On se guérira de l'intolérance due à des excès réels par l'abstinence de six mois dans un asile spécial ; le temps nécessaire à la guérison est donc court, en regard des longues années qu'ont demandées des excès quotidiens avant de se traduire par de l'intolérance. Quant à l'intolérance par susceptibilité neuropsychopathique, comme il s'agit d'héréditaires dégénérés qui ne veulent pas s'apercevoir de l'anomalie de leur état, et que leur existence se passe précisément dans des excès de toutes sortes, le pronostic est grave.

L'auteur décrit avec soin la *dipsomanie périodique* ou trimestrielle qui est pour lui synonyme d'épilepsie alcoolique. Voici un *premier genre* consécutif à l'ingestion et non à l'excès de l'alcool ingéré. Pendant quelque temps le cerveau répond à l'ingestion des spiritueux par des sensations générales désagréables, puis, un beau jour, le

patient a une aura (accès d'angoisse, douleur précordiale, congestion céphalique) et il tombe en convulsions; ou bien l'angoisse s'exagère, la dépression apparaît profonde, le pouls s'accélère, le cœur se met à battre convulsivement, le patient s'agite et il est pris d'un irrésistible besoin de boire ; il ingère alors d'incroyables quantités d'eau-de-vie, de bière, de vin, sans être ivre ni étourdi et tout, après, rentre dans l'ordre. Bientôt nouvel accès, actes désordonnés, sauvages, bestiaux ; il boit tout ce qui ressemble à de l'alcool, commet des délits et des violences impulsives. Confusion mentale consécutive. Finalement, démence. Ce genre de maladie est curable par l'abstinence, mais il rechute à l'occasion d'une fête, on doit alors le replacer dans un établissement de tempérance. C'est d'après M. Smith un *état épileptique et épileptoïde alcoologène*. — Le *second genre* concerne des malades qui n'ont préalablement pas ingéré du tout d'alcool. Ce sont des épileptiques qui ayant expérimenté l'influence favorable de l'alcool contre les accès d'angoisse dont ils sont affectés, y ont recours dès qu'ils sentent venir ce genre d'attaques. Mais bientôt les accès augmentent d'intensité et de fréquence, sous l'influence de l'alcool. Il leur faut suivre une cure d'abstinence qui les débarrasse de l'alcoolisme agissant comme complication. L'épilepsie à son tour diminue mais sans disparaître. P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

XX. *Ueber den Wahn* (sur le délire); par le Dr Friedmann. (Wiesbaden, chez J.-F. Bergman, 1894.)

Le livre de M. Friedmann sur le délire, présente en réalité une théorie générale de la folie, fondée sur les vues particulières que l'auteur a touchant la psychologie normale. Pour le dire immédiatement, on ne trouvera pas ici une analyse de ce volume, car elle exigerait pour être complète des développements véritablement exagérés. Il y a en effet, dans ce travail, des discussions si multiples sur la psychologie pathologique et la physiologie, une exposition et une discussion si détaillées des idées de presque tous les auteurs allemands, et ils sont nombreux, qui ont écrit sur la folie depuis une quarantaine d'années, qu'il est absolument impossible de faire comprendre en peu de mots les opinions de M. Fried-

mann. Il est indispensable de lire en entier ce long travail. Il soulèvera, je le crois bien, de violentes critiques, d'autant plus qu'il constitue sur presque tous les points une contradiction avec les théories plus ou moins établies aujourd'hui. En particulier, la théorie de l'aperception dans ses applications à l'état pathologique est combattue avec énergie d'un bout à l'autre du livre. C'est que M. Friedmann, comme aussi Ziehen, se rattache en grande partie, quoique avec des modifications notables, à la théorie de l'association anglaise, et son livre est une tentative d'explication par elle seule des phénomènes normaux et morbides de l'intelligence. Voici donc un aperçu tout à fait superficiel du contenu de ce travail.

Une première partie est consacrée aux lois fondamentales de la pensée normale. Tout d'abord l'auteur étudie la nature psychologique de la représentation considérée en elle-même; il ajoute un schéma qui doit expliquer l'association complexe qui forme cette représentation; un centre primaire serait réservé dans l'écorce à la perception directe et autour de lui des centres secondaires à l'emmagasinement des images. Il étudie ensuite l'association des idées et leurs lois, qui sont l'impulsion à l'association, la qualité consciente de l'association et la parenté associative dans laquelle il faut comprendre l'association par ressemblance et par contiguïté. Mais ce sont là les degrés inférieurs de l'association; à l'état normal, lorsque la pensée se déroule dans un ordre logique, l'association revêt une forme que l'auteur appelle *par étape ou centralisée;* celle-ci correspond à l'aperception d'autres auteurs, mais à laquelle conception M. Friedmann fait le reproche d'être uniquement métaphysique. Lorsque la pensée revêt cette forme, les représentations ont une intensité particulière qui est encore renforcée par l'émotion et ce qu'on appelle l'attention et la volonté. Mais ces sentiments de volonté et d'attention ne sont pas autre chose que le côté conscient de l'état physiologique qui accompagne l'apparition dans la conscience de cette représentation prédominante. Les processus les plus élevés de l'intelligence reposent uniquement sur ces associations qui ont pour substratum des modifications chimiques qui se produisent dans l'écorce. L'influence de l'émotion est seulement de faire croître en intensité des groupes de représentations qui lui sont adaptées, de telle sorte que ce groupe l'emporte dans la concurrence sur les autres pour l'association logique. Le point capital de toute cette partie de psychologie normale est la conclusion suivante :

Nous considérons comme réelle, c'est-à-dire correspondant à la réalité extérieure, toute association ferme, aussitôt et aussi longtemps qu'elle se trouve formée; il s'ensuit un jugement ou sur l'identité ou sur la suite dans le temps des représentations; ce qui n'est pas reconnu comme réel est ce qui est vaincu dans la

concurrence des représentations qui tendent à former association. Cette conclusion est le point de départ de la seconde partie.

Dans celle-ci, il est question d'abord des idées ayant une importance prédominante (überwerthige Ideen) et de la disposition paranoïque en général. Après avoir exposé la méthode psychologique de la psychiatrie actuelle, et cela pour la critiquer, et fait un historique de la théorie de la paranoïa, l'auteur donne un résumé des problèmes que soulève l'étude de cette dernière forme : ces problèmes sont au nombre de 13; mais pour lui au point de vue clinique la paranoïa repose toujours, non seulement sur une prédisposition spécifique, mais encore sur une nervosité générale ou *hystérie* (*sic*) avec ses symptômes typiques.

M. Friedmann examine ensuite les anomalies de la façon dont apparaissent dans l'esprit les représentations, puis il étudie ce qu'il appelle la prédisposition psychopathique de la paranoïa et des formes voisines. Sur ce point, je ne veux noter qu'une seule chose : à savoir que l'auteur range dans le cadre de la dégénérescence mentale caractérisée essentiellement par la « convulsibilité psychique », d'abord les dégénérés dans le sens de Magnan; puis les gens qui vivent pour ainsi dire dans un monde imaginaire (*Fabulisten* et *Phantasten*); ceux à caractère paranoïque et enfin les hystériques.

L'ouvrage se termine par une analyse psychologique spéciale de l'idée délirante, y compris l'idée obsédante.

En dehors de bien d'autres conclusions que renferme cette deuxième partie, le point principal qui doit attirer l'attention est celui-ci touchant le délire du paranoïque : les véritables idées délirantes sont des associations en forme de jugement irrésistible dans la formation desquelles les représentations associativement plus rapprochées sont éliminées par suite du trouble pathologique. Mais pour qu'elles se consolident chez les malades, il faut qu'il préexiste toujours une disposition particulière dans la direction de l'esprit. Quant à la conception de ces idées, elle est la conséquence de l'*intensité* pathologiquement accrue de certaines représentations soit seule, soit avec l'aide d'une émotion ou avec l'aide d'une réduction des processus associatifs. Dans tout cela, *le rôle de la soi-disant aperception est absolument nul.* La paranoïa peut débuter de toutes les façons, mais on ne peut poser ce diagnostic qu'après l'apaisement du stade aigu qui peut s'être présenté et à la condition que l'idée délirante devienne véritablement délire, c'est-à-dire un système. Dans les autres psychoses, l'idée délirante a une genèse fort analogue, sauf dans la paralysie générale; dans les psychoses à base affective, le délire est toujours conditionné par des facteurs qui lui permettent de s'établir en partant de l'idée délirante; mais contrairement à la paranoïa, dans les états qui suivent les épisodes aigus de la psychose la systématisation n'existe pas.

Je l'ai déjà dit en commençant, ce compte rendu ne peut donner qu'une idée vague de l'ouvrage. Ce livre mérite d'être lu et médité, même par ceux si nombreux qui y sont critiqués et qui seront certainement tentés de rendre la pareille à M. Friedmann ; mais personne ne pourra dénier à l'auteur le mérite d'une tentative, à coup sûr originale, dans un sujet aussi difficile, exécutée avec une vigueur et une conviction remarquables. Dr Ph. Chaslin.

XXI. *Geschichte der Psychiatrie in Russland* (Histoire de la psychiatrie en Russie); par le Dr A.-V. Rothe. (Leipzig et Vienne, chez Franz Deuticke, 1895.)

Le travail de M. von Rothe sur le développement du traitement des aliénés en Russie, depuis les temps les plus reculés dont on puisse avoir connaissance certaine, jusqu'à maintenant, jette un jour sur le peuple russe qui est très loin de lui être défavorable; car, tandis que dans l'Europe occidentale les malheureux aliénés atteints de possession diabolique passaient pour des sorciers et étaient cruellement persécutés par la justice et par l'inquisition, au contraire, jamais ces mêmes malades n'ont souffert les moindres sévices de la part de l'église russe, depuis l'établissement du christianisme en Russie. C'est là une particularité extrêmement frappante qui est tout à l'honneur du caractère russe, comme le fait remarquer avec juste raison l'auteur du travail que j'analyse ici. Avant la christianisation, il y avait très certainement des aliénés, mais ils étaient probablement en petit nombre et ne paraissaient pas beaucoup attirer l'attention. Après que le peuple russe fut devenu chrétien, les aliénés n'étaient pas reconnus comme tels, mais comme possédés sous le nom de *jurodliwije*. Il y avait aussi de faux possédés appelés *tschejurodliwije*, qui probablement étaient des déments ou des idiots. Ces deux catégories, pas plus d'ailleurs que les hérétiques, n'étaient persécutés; le peuple et l'Eglise en avaient compassion et s'efforçaient, soit de les soigner et de les délivrer par leurs prières, soit de les convertir. L'explication de cette conduite si spéciale doit être cherchée, pour M. Rothe, dans ce fait que les hauts dignitaires de l'Eglise étaient imprégnés du véritable esprit chrétien qu'ils savaient susciter aussi dans le clergé inférieur. De plus, les juges ecclésiastiques étaient toujours soumis aux princes régnants et n'avaient pas cette indépendance que l'Eglise catholique cherche toujours à tourner en domination à son profit. Le clergé régulier est limité en Russie à un seul ordre, celui de Saint-Bazile, dont les règles sont très sévères et qui, par suite de l'absence d'autres ordres, n'avait pas de propension à rivaliser avec eux comme cela avait lieu chez les moines de l'Occident pour lesquels la persécution du sorcier et de l'hérétique était une condition de puissance et de domination. Enfin il faut ajouter, tou-

jours d'après M. Rothe, à ces différentes conditions, le caractère généralement bienveillant du peuple lui-même; de telle sorte que lorsque l'on fut arrivé peu à peu à admettre l'existence d'aliénés comme tels, ceux-ci, ainsi que les pauvres, trouvaient un asile et des secours dans les nombreux couvents alors répandus en Russie. D'ailleurs le pouvoir laïque ne s'occupait pas de ces questions, sauf pourtant sur un point : dans les vieux codes on trouve en effet que le testateur devait être sain d'esprit et de mémoire entièrement conservée pour que ses dernières volontés fussent valables. Jusqu'au XVIII[e] siècle, le soin des aliénés continua à être entièrement à la charge de l'Eglise ; les pouvoirs publics désignèrent seulement certains cloîtres qui étaient obligés de recevoir des aliénés. « La première transformation importante et réellement fondamentale, dit M. Rothe, eut lieu le 7 novembre 1875 par l'installation dans chaque gouvernement des comités d'assistance générale appelés *Prikasy obschestwennaho prisrenia* »; par laquelle c'est l'Etat qui prend les aliénés des mains de l'Eglise pour les assister dans un asile spécial qui doit être installé dans chaque gouvernement. Il doit y avoir, à défaut de cet asile tout au moins, un quartier spécial dans l'hôpital du chef-lieu. On voit par là que contrairement, une fois de plus, à ce qui s'est passé dans l'Europe occidentale, les aliénés ont été considérés comme des malades et jamais comme des criminels. Ces asiles, où ils étaient recueillis, étaient destinés en réalité à protéger le public contre eux et à les protéger eux-mêmes, mais le développement de la médecine ne permettait pas de leur appliquer encore un véritable traitement.

Cette assistance des aliénés dura presque un siècle. C'est en 1864 que fut fait le dernier et le plus décisif progrès par l'installation, dans un certain nombre de gouvernements, d'une administration autonome confiée aux états provinciaux « semstwo ». On trouvera dans des tableaux insérés dans le travail de M. Rothe des chiffres indiquant les immenses progrès qui ont été faits depuis cette décentralisation. Le résultat obtenu par cette décentralisation est tel qu'il est à souhaiter que celle-ci s'étende aux autres gouvernements qui n'en bénéficient pas encore. A ce résultat, n'ont pas peu contribué, depuis 1860, les cours et cliniques psychiatriques organisés dans des universités. On doit encore attendre d'autres progrès de ce fait, que dans la plupart des universités, l'*étude des maladies mentales est obligatoire*.

Telle est en peu de mots la substance de cette très intéressante brochure à laquelle il faudra se reporter pour les détails, entre autres sur la législation, l'histoire des asiles dans certaines villes particulières, comme Saint-Pétersbourg, Moscou, l'histoire des asiles privés dont le premier a été fondé à Moscou en 1827 par le D[r] Herzog, enfin sur l'installation des différents cours dans les universités. C'est en 1859 que Balinski ouvrit la première clinique

psychiatrique russe à l'académie de Pétersbourg. On lira aussi avec intérêt l'histoire de la femme possédée Solomoni, qui montre bien comment étaient traités ces malheureux par le peuple russe. Comme le dit très bien M. Rothe, la Russie s'est conduite d'une façon tout à fait spéciale envers les aliénés, c'est cette originalité qui fait que le travail que je viens d'analyser est une contribution importante, non seulement à l'histoire de la médecine, mais à l'histoire en général. Ph. C.

XXII. *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile;* par le Dr Leblais. (Th. Paris, 1895. Bureaux du *Progrès médical* et F. Alcan.)

De cette étude, faite dans le service et avec les notes de M. Bourneville, et qui ne contient pas moins de vingt-cinq observations d'hémiplégie spasmodique infantile, l'auteur fait ressortir la fréquence relative de l'atrophie du testicule du côté paralysé et les modes divers de développement du système pileux chez ces enfants, s'effectuant d'après les quatre formes différentes suivantes dans leur ordre de fréquence : 1° le système pileux peut se développer normalement; 2° il peut être plus abondant du côté sain que du côté paralysé ; 3° il arrive parfois qu'il est plus développé tantôt du côté malade, tantôt de l'autre côté, chez le même individu suivant les régions; 4° les poils peuvent être exceptionnellement plus nombreux du côté paralysé que du côté sain. Enfin l'évolution de la puberté et de la croissance, à part les anomalies qui précèdent et certaines particularités de moindre importance, s'effectue en général de la même façon que chez les autres enfants. P. S.

XXIII. *Du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale;* par M. le Dr L. Guérin. (Th. de Lyon, janvier 1895.)

Ce travail, inspiré par M. le professeur Pierret, touche un point très obscur et très discuté de la pathologie cérébrale, la pathogénie des accidents apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. L'auteur n'a pas voulu émettre une théorie donnant l'interprétation de tous les cas, mais une hypothèse que justifient d'une part la clinique et l'expérimentation et d'autre part l'insuffisance de celles admises jusqu'à ce jour : je veux parler de la congestion cérébrale et de l'encéphalite aiguë, de l'apoplexie séreuse ou œdème cérébral, brillamment défendus par M. Tourmer en 1893, et enfin du spasme vasculaire.

M. Guérin admet les conclusions suivantes : Il y a lieu d'admettre que dans un grand nombre de cas les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale sont sous la dépendance d'une

intoxication des centres nerveux surajoutée aux lésions chroniques de la méningo-encéphalite ; 2° on peut presque toujours reconnaître avant les accidents des causes d'auto-intoxication, telles que troubles gastro-intestinaux (indigestion, embarras gastrique, constipation) ou rétention d'urine ; 3° la pathogénie des accidents convulsifs ou comateux déterminés par l'action des toxines sur des centres nerveux déjà profondément altérés peut être comprise à l'aide de la théorie des phénomènes de rappel de M. le professeur Pierre : 4° pour la paralysie générale, l'exactitude de cette théorie expérimentale ne peut pas être donnée expérimentalement, mais l'observation clinique nous donne les plus grandes présomptions ; 5° outre qu'elle nous facilite l'interpellation de beaucoup de faits d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes avec ou sans parésie, cette théorie est fertile en conséquences pratiques. Elle nous permet de prévoir et par conséquent de prévenir dans une certaine mesure l'apparition de ces accidents, elle nous indique en tout cas la base du traitement qui doit être surtout prophylactique.

Dans sa quatrième conclusion, M. Guérin dit que l'exactitude de sa théorie ne peut être expérimentalement démontrée; cependant M. Legrain diffère quelque peu dans un travail uniquement expérimental sur la *pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale*, paru dans les *Annales médico-psychologiques* de janvier 1895 ; je n'hésite pas à rapprocher les conclusions de M. Legrain de celles du travail de M. Guérin.

1° Pour l'interprétation des actes apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale, il est peut être bon de faire abstraction des seules lésions du système nerveux central et de voir dans certaines de ces manifestations les conséquences d'un trouble grave de la nutrition sous la dépendauce de lésions des viscères autres que le cerveau et la moelle.

2° Dans la paralysie générale et en particulier chez les paralytiques généraux à grandes attaques, la toxicité du sang peut être augmentée. Dans ce cas, il y aurait toxémie. Celle-ci se traduit cliniquement par des syndromes superposables à ceux de l'urémie convulsive ou comateuse et qu'on dénomme attaques apoplectiformes ou épileptiformes.

3° Le sérum sanguin est le véhicule des poumons. Injecté à l'animal, il provoque à faible dose la mort par convulsion, et d'une manière générale, et fait naître des symptômes rappelant ceux que produisent les injections intra-veineuses d'urines convulsivantes.

4° Cette urotoximie trouverait sa cause non seulement dans des lésions rénales qu'on observe fréquemment, mais aussi dans d'autres lésions des viscères tels que le foie.

5° Les paralytiques généraux indemnes d'attaques seraient ceux qui conserveraient *in extremis* leur perméabilité rénale.

6° Ces accidents convulsifs témoins de dés ordres anatomiques viscéraux plus ou moins profonds seraient une preuve que la paralysie générale n'est pas une malade exclusivement cantonnée dans le système nerveux central. On sait en effe t combien sont nombreuses en dehors des polynévrites récemment signalées les lésions viscérales chez les paralytiques généraux ; fréquence de l'artériosclérose, qui peut être considérée comme trait d'union entre les lésions observées.

7° Des indications utiles découlent de cette conception de la pathogénie; décharger le sang d'une partie de ses produits toxiques; saignée copieuse lorqu'elle s'adresse à des malades valides.

M. Legrain parce qu'il n'apportait pas de preuves cliniques, n'a pas eu la bonne fortune de persuader ses contradicteurs de la Société médico-psychologique, qui expliquent les accidents apoplectiformes et épileptiformes par les anciennes théories. Il semble qu'après la lecture de l'intéressant travail de M. Guérin, complété par celui de M. Legrain, la preuve sort forte que les accidents apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale sont dus à une intoxication. Dr Devay.

NÉCROLOGIE.

DANIEL-HACK TUKE.

Daniel-Hack Tuke est né à York, le 19 avril 1827. Il était remarquable, même dans sa jeunesse, par son haut esprit, qui semblait lui faire surmonter les difficultés qu'il rencontrait par des moyens inattendus. Quoique son instruction fût souvent interrompue par la maladie, il fut toujours occupé d'augmenter ses connaissances d'une sorte ou de l'autre. Comme exemple de son esprit scientifique précoce, on peut mentionner une journée aux bois avec le chat de la maison, qu'il y laissa dans l'espoir de l'y retrouver quelque jour à l'état sauvage. Samuel Tuke, son père, était un Quaker bien connu et, par conséquent, son fils fut élevé dans les traditions de la famille.

Quand son éducation première fut terminée, pensant qu'il avait un esprit juridique, il fut envoyé à Bradford pour étudier le droit, mais trois mois lui suffirent et on lui permit enfin de commencer l'étude de médecine vers laquelle le poussait son penchant naturel. Il vint ensuite à Londres, environ vers l'année 1849, à l'hôpital de

Saint-Bartholomew. En 1852 il fit partie du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, et en 1853, il prit le titre de médecin-docteur à Heidelberg. La même année, il se maria et alla à l'étranger visiter les asiles de Hollande, d'Allemagne et de France. En 1854, il publia son premier ouvrage, ayant trait à ses visites. Il fut alors nommé médecin visitant à la maison de retraite d'York et au dispensaire d'York et vers cette époque, il occupa la chaire de psychologie à l'école de médecine d'York. En 1857, à la mort de son père, il fut décidé que la vieille maison de famille dans Laurence-Street, à York, serait convertie en asile privé pour les dames. Ce projet qu'il voulait mettre à exécution avec un grand empressement n'eut pas de suite à cause d'une sérieuse hémorragie pulmonaire, qui l'obligea à abandonner sa clientèle et à aller dans le midi. Après une année de voyage, il se fixa à Falmouth où il demeura quinze ans. Sa santé s'étant améliorée, il commença aussitôt à prendre un intérêt actif à toutes les choses de la ville, telles que la bibliothèque, les écoles, les travaux du club des hommes, etc., et à la même époque, il faisait un travail important, traitant avec le plus vif intérêt toutes les choses ayant rapport à la psychologie et à la folie. En 1874, il vint à Londres où il finit par s'établir et graduellement il se livra à la clientèle, incapable de résister à la tentation d'agir. Son plus grand plaisir à cette époque était de visiter fréquemment l'hôpital de Bethlem, dont il devint ultérieurement le gouverneur ; et quand dans la dernière et même dans les dernières années, il fut obligé à cause de l'augmentation de travail, de renoncer à ces visites, ce fut pour lui une grande épreuve. En 1882, son fils aîné, William-Samuel Tuke, mourut à Bournemouth. Cela porta un terrible coup au Dr Tuke, qui avait fondé les plus hautes espérances sur sa carrière médicale qui, comme beaucoup d'étudiants qui furent les compagnons de W.-S. Tuke se le rappellent, promettait d'être brillante. Plus tard le Dr Tuke fixa sa résidence à Hauwell, où la proximité de l'asile fut pour lui d'un grand attrait. Il y demeura jusqu'à sa mort, venant à Londres journellement à son cabinet de consultation. Ce fut là que, le matin du 2 mars, sitôt après son entrée dans son cabinet, il fut tout à coup frappé d'une hémiplégie du côté gauche. Après quelques heures de connaissance incomplète, le Dr Tuke retomba graduellement dans un coma qui dura jusqu'à sa mort à 4 heures du matin, le jeudi 5.

Un trait saillant de la vie du Dr Tuke était son indifférence pour les plaisirs de la table : un repas ne lui faisait jamais oublier son travail, et sa famille souriait et grondait alternativement lorsqu'il prenait ses ridicules goûters de babas secs et ses verres de bière au gingembre. Nous croyons que beaucoup doivent avoir souvenir de sa bonté de cœur. Il était surtout joyeux et sociable par nature et la rencontre de ses amis et de ses collègues était pour lui la principale attraction des réunions sociales qu'il goûtait invariablement.

Il aimait à causer sur les choses de toutes sortes, mais les sujets philosophiques et les questions religieuses l'attiraient surtout en dehors du domaine de la médecine.

Il est difficile quant à présent d'apprécier les différentes parties de son œuvre à leur juste valeur, mais cependant nous pensons qu'il est temps de noter la nature et la somme de ses travaux, ainsi que son influence sur la « psychiatrie » anglaise. Le D[r] Tuke avait une aptitude à un travail intellectuel suivi comme très peu en possèdent. Il travaillait régulièrement jusqu'à des heures matinales très avancées dans son cabinet de travail et cependant il était régulier dans son travail professionnel de Londres. Il possédait toujours une notion claire du but vers lequel il aspirait et jamais il ne se reposait ni l'abandonnait avant de l'avoir atteint. Persévérant, persistant, l'observation des faits avec leur arrangement et leur enregistrement méthodiques était son talent principal, car bien qu'il n'était pas sans sentiment poétique, il n'était cependant pas imaginatif, et il était plutôt receveur et enregistreur qu'auteur. Il était l'observateur impassible de la nature, qui voit tout d'un œil froid et non le prophète clairvoyant. Nous l'avons entendu décrit comme une éponge scientifique, ramassant avec avidité tout ce qui se présentait à lui et rendant incolore par une teinte personnelle ce qui était noir. Sa mémoire pour les faits et les détails fut extraordinaire jusqu'à la fin, et un cas une fois enregistré dans son esprit y était toujours présent quand le moment se présentait de s'en servir.

Récemment l' « influence de l'esprit sur le corps » l'occupait et il eut toujours une très forte affection personnelle pour ce livre, qui, bien qu'il eût à cette époque une grande valeur, est maintenant délaissé ! Cependant c'était un rapport précoce comprenant une collection de faits de grande valeur.

Un autre sujet spécial auquel il consacra une grande réflexion et une grande attention, ce fut la *folie morale.* Il s'en fit une idée très définie, qui le fit différer de quelques-uns de ses amis, et à la fin, il eut croyance en une forme de folie dans laquelle le côté social était principalement ou tout à fait en défaut, tandis que les plus hautes facultés intellectuelles étaient intactes ou seulement affligées d'une façon légère. Il écrivit dernièrement sur le développement de cette idée un petit ouvrage édité par Prielsard et Symonds.

Pendant près de dix-huit années, le D[r] Hack Tuke se chargea de l'édition du *Journal of mental science*, et il ne recula devant aucune fatigue pour qu'elle fût exacte et parfaite. Il a non seulement mené à bien le travail ordinaire, mais encore il y a ajouté un Index-Medicus de valeur grande et durable. Ses amis croyaient que les mains du D[r] Tuke étaient rassasiées quand il entreprit le « *Dictionnaire de Médecine psychologique* » et, connaissant exactement ceux qui pouvaient être ses auxiliaires, il produisit ce splen-

dide livre qui servira pendant longtemps de manuel pour tous les sujets médico-psychologiques. La vie du Dr Tuke ne fut pas seulement consacrée à la rédaction d'ouvrages; il n'oubliait pas les malades des asiles et ceux du dehors et fut un des auteurs de '« Aftercare », société de patronage pour les malades qui, ayant quitté les asiles, ne peuvent reprendre complètement leur travail, et qui ont besoin d'une espèce de maison de convalescence où ils pourront donner la preuve de leur aptitude à retourner à leur travail ordinaire. Le Dr Tuke était président de cette association quand il mourut.

ASILES D'ALIÉNÉS.

XII. Nouveau formulaire des rapports statistiques sur les asiles d'aliénés en Autriche; par F. Schlagenhausen.

Voici la nouvelle terminologie introduite par le Ministre de l'Intérieur, à partir du 24 janvier, d'après l'avis des directeurs médecins du pays; il correspondrait tout à fait à l'état actuel de la science.

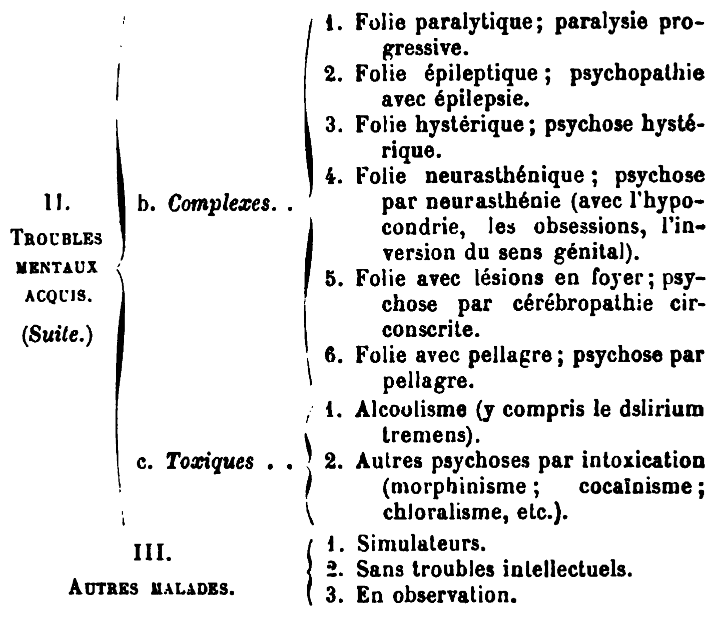
I. Troubles mentaux congénitaux.

1. Démence congénitale, idiotie (avec le crétinisme).
2. Débilité intellectuelle congénitale, imbécillité (débilité avec agitation; folie morale).

II. Troubles mentaux acquis.

a. *Simples*. . .

1. Délire d'auto-accusation, mélancolie.
2. Fureur, manie.
3. Confusion mentale (*Verwirrtheit*), délire général (*Allgemeiner Wahnsinn*), *amentia*.
4. Folie systématique primitive (*primære Verrücktheit*), *paranoïa* (avec le délire de chicane des persécutés persécuteurs).
5. Folie périodique, psychose périodique (avec la folie circulaire et la dipsomanie).
6. Démence acquise, *dementia* (troubles intellectuels secondaires, démence sénile, démence traumatique ou par asphyxie).



II. Troubles mentaux acquis. (*Suite.*)	b. *Complexes*. .	1. Folie paralytique; paralysie progressive. 2. Folie épileptique; psychopathie avec épilepsie. 3. Folie hystérique; psychose hystérique. 4. Folie neurasthénique; psychose par neurasthénie (avec l'hypocondrie, les obsessions, l'inversion du sens génital). 5. Folie avec lésions en foyer; psychose par cérébropathie circonscrite. 6. Folie avec pellagre; psychose par pellagre.
	c. *Toxiques* . .	1. Alcoolisme (y compris le dslirium tremens). 2. Autres psychoses par intoxication (morphinisme; cocaïnisme; chloralisme, etc.).
III. Autres malades.		1. Simulateurs. 2. Sans troubles intellectuels. 3. En observation.

Quant aux autres indications statistiques, elles comprennent : l'état civil; la religion; le lieu de naissance; les professions (ici indications formelles sur la véritable occupation du malade avant son internement).

L'hérédité est particulièrement soignée; on demande s'il y a eu maladie mentale chez le père, la mère, chacun des frères et sœurs, les grands parents, les collatéraux, si le père et la mère ont été buveurs; la durée de la maladie avant l'admission.

Quant aux choses de la criminalité, les détails suivants sont envisagés :

1° Acte délictueux (crime, délit, contravention);

2° Sexe et état civil, profession, année de la séquestration, diagnostic (du rapporteur) sur l'aliéné criminel;

3° A quelle période de l'intervention des autorités judiciaires (instruction, détention, correction) a-t-il été envoyé à l'asile;

4° Présente-t-il des tares héréditaires;

5° Était-il malade avant qu'il fût appréhendé;

6° A-t-il été déjà condamné pour crime, délit, contravention et combien de fois en chaque espèce. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 1.)

P Keraval.

XIII. L'avenir du service intérieur des asiles ; par le Dr Campbell-Clark.

La thérapeutique dans l'asile ne se compose pas seulement de pilules et de potions.

Même les sujets les plus atteints par la maladie mentale conservent des lueurs de conscience et sont aptes à recevoir l'impression, à subir l'influence d'esprits plus forts et plus nets que le leur, et, en particulier, de l'entourage qui a été réuni pour eux.

Les services des asiles sont, à toute heure, la scène d'un conflit mental ; d'une part, l'usure atroce, la détérioration faite par l'esprit malade sur l'esprit sain, et, d'autre part, l'influence bonne, mauvaise ou indifférente de l'esprit sain sur l'esprit malade. Des désordres mentaux ou physiques ne sont pas rares dans le personnel des asiles ; c'est dire que son influence est loin d'être légère, et que les gardiens sont le mécanisme effectif de la discipline et la routine.

Or, la discipline et la routine sont de bonnes choses là où les plus hautes facultés de l'esprit sont perverties ou suspendues, mais l'importance de l'influence des personnes sur les esprits individuels est d'un plus haut intérêt.

La discipline et la routine ont été les facteurs de l'ancien état de choses dans les asiles ; mais l'application de l'esprit à l'esprit, la mise au point de chaque cas pris en particulier, la reconnaissance des qualités personnelles de chacun des gardiens de l'asile, constituent la base scientifique et rationnelle du traitement médical.

Pour arriver à ce but, de nombreuses améliorations sont encore à réaliser ; d'abord la suppression des asiles monstres et des services surchargés de malades ; puis le relèvement du niveau moral et intellectuel du personnel des asiles à qui une instruction générale et spéciale donnera conscience de son rôle et de ses devoirs, en même temps que des pensions de retraite lui permettront d'envisager l'avenir avec confiance. (*American journal of insanity*, 1894.)

E. B.

XIV. Contribution a la statistique de la folie a la colonie du Cap ; par le Dr Greenlees.

D'après le dernier rapport de l'inspecteur des asiles, il existait à la colonie au 1er janvier 1893, 813 personnes détenues légalement, parmi lesquelles 284 Européens ou blancs ; mais un certain nombre d'aliénés ne sont pas internés et le nombre total des aliénés peut être porté à 1331 parmi lesquels 357 blancs.

Sur les 690 aliénés détenus légalement au 1er janvier 1893, il y a 411 hommes et 279 femmes. La paralysie générale est assez rare à la colonie : alors que la proportion avec les autres maladies men-

tales est en Angleterre de 9,1 p. 100, elle n'est, au Cap, que de 2,6 p. 100. Elle est du reste presque inconnue parmi les gens de couleur; elle est aussi assez rare chez les blancs nés en Afrique; elle frappe surtout les immigrants qui fournissent à la paralysie générale une proportion de 6,3 p. 100.

44 cas d'épilepsie ont été constatés dans les asiles, mais il est probable que le nombre réel des cas dans la colonie est plus considérable. Quoi qu'il en soit, l'épilepsie est bien plus fréquente dans la race blanche que chez les populations de couleur.

Les formes les plus fréquentes de la folie sont la manie, dans la proportion de 53,8 p. 100 sur le nombre total des admissions en 1893, et la mélancolie dans une proportion de 10,9 p. 100.

Il est à remarquer aussi que le nombre des idiots est très grand à la colonie : en effet, sur une population blanche de 376,987, on trouve 284 idiots, soit un nombre suffisant pour nécessiter une institution spéciale.

Dans les asiles il y eût, au cours de 1893, 85 décès dont 65 dus à des causes cérébrales et 20 à des maladies thoraciques, parmi lesquelles cinq cas de tuberculose pulmonaire. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XV. Communications statistiques sur le mouvement de la population de l'asile régional du Brandebourg, a Eberswalde, pendant les années 1877 a 1892; par K. Zinn. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat*, L. 5.)

		Totaux	Hommes	Femmes
Admissions		2,818	1,466	1,352
Admissions par périodes.	1877 à 1880.	607	317	290
	1881 à 1884.	706	348	358
	1885 à 1888.	784	423	361
	1889 à 1892.	721	378	343
		Hommes	Femmes	Totaux
Sorties 2,607	par décès	538	373	911
	par guérison	819	877	1,696
				2,607

Le nombre des sorties croît avec le nombre des admissions et *vice versa*. Le nombre des décès dans la quatrième période a notablement monté par suite de l'encombrement et de l'augmentation des admissions des paralytiques généraux.

La rapidité des séquestrations abrège l'aliénation mentale et en assure la guérison; étude comparative du temps de durée de la maladie avant l'admission du malade et de son temps de séjour à l'asile. Influence sur la mortalité des mois d'hiver et de la phtisie pulmonaire ainsi que des affections pulmonaires (pneumonie et œdème pulmonaire) chez les paralytiques.

Admissions des formes morbides.

Du 1er janvier 1877 au 31 décembre 1883.

	Totaux	Hommes	Femmes	Proportions pour 100 admissions Hommes	Femmes
Mélancolie	302	105	197	18,32	35,88
Manie	197	91	106	15,88	17,48
Troubles psychiques secondaires	387	184	203	32,11	36,97
Troubles psychiques paralytiques	147	133	14	23,21	2,55
Troubles psychiques épileptiques	51	35	16	6,1	2,91
Idiotie	11	7	4	1,22	0,72
Imbécillité	19	10	9	1,74	1,63
Délire	8	8	0	1,39	
	1,122	573	549		
Folie simple	1,092	485	607	59.93	84,89
Folie paralytique	278	232	46	28,6	6,43
Folie épileptique	88	58	30	7,16	4,19
Folie hystéro-épileptique	19	2	17	0,24	2,37
Imbécillité	32	22	10	2,71	1,39
Idiotie	2	0	2		0,27
Délire des buveurs	12	10	2	1,23	0,27
	1,523	809	714		

La première moitié de la vie est plus exposée que la seconde à toutes les formes morbides excepté à la paralysie générale pour laquelle c'est l'inverse. Accroissement de la paralysie générale chez la femme.

XVI. Le placement, la garde et le traitement des aliénés en Amérique; par le Dr Alder Blumer.

A. Placement. — Deux faits sont, à l'heure actuelle, universellement reconnus par les médecins : 1° que la folie est toujours une maladie ou un désordre de l'organisme humain; 2° que c'est une maladie qui devient promptement chronique et difficile, sinon impossible à guérir, si elle n'est pas soignée dès le début. Aussi un traitement immédiat est-il de la plus haute importance et cependant la répugance naturelle du malade à reconnaître sa folie, en même temps que la crainte de la publicité, une sorte de honte de la part des amis et de la famille sont autant de causes de retard, sans compter la longueur des enquêtes, des examens et des mesures légales, lenteurs qui ne peuvent servir qu'à aggraver la maladie.

A l'égard des mesures légales relatives au placement des aliénés en Amérique, l'auteur estime qu'elles sont trop longues, trop com-

pliquées : la législation qui les commande paraît considérer, les séquestrations arbitraires comme une chose commune, alors qu'elles ne sont heureusement qu'une rare exception.

B. *Détention.* — En ce qui concerne le séjour des aliénés à l'asile, l'auteur estime que la multiplicité des Commissions, Conseils de surveillance, Inspecteurs, etc... fait jusqu'à un certain point échec, au corps médical en écoutant forcément les réclamations des malades pour être rendus à la liberté, et, de fait, il existe aujourd'hui une tendance marquée à mettre les malades en liberté avant leur complet rétablissement, ce qui a un double désavantage : 1° les rechutes sont plus fréquentes; 2° les médecins, sans autorité effective, perdent toute initiative, deviennent de véritables employés médecins, accomplissant machinalement leur besogne comme un rouage.

C. *Soins* et *traitement.* — En ce qui concerne les soins donnés aux aliénés, on peut dire que le plus grand progrès a été accompli au cours de ces dernières années, par l'établissement dans beaucoup d'asiles, d'écoles professionnelles pour les infirmiers, avec nomination exclusive aux divers grades d'infirmiers ayant rempli certaines conditions d'examen : les résultats ont dépassé toute espérance.

Quant au traitement proprement dit, si de laborieuses recherches ont fait découvrir de nouveaux remèdes sédatifs et hypnotiques, on peut dire cependant qu'en fait de traitement, dans son sens le plus large, le progrès le plus marqué a été de créer pour le patient un entourage qui facilite son prompt rétablissement, tant au point de vue physique, qu'au point de vue mental et moral : moins de médicaments mais une meilleure nourriture, une meilleure hygiène personnelle. Au premier rang parmi ces méthodes modernes de traitement est l'occupation systématique et variée des malades. Certes l'idée d'occuper les aliénés est aussi vieille que l'aliénation elle-même mais il appartenait à la philanthropie moderne de donner au travail raisonné, méthodique toute sa valeur comme moyen curateur. (*American journal of insanity*, 1894.) E. B.

XVII. Quel est désormais le devoir le plus immédiat a remplir dans l'assistance des aliénés; par Scholz. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L., 3 et 4.)

Supprimer les cellules, en traitant tous les agités au lit. Si l'on soumet à ce traitement tous les agités au début de leur agitation, tous les agités périodiques, tous les aliénés qui ont besoin d'assistance somatique, on n'aura plus du tout de système coercitif. La cellule en est en effet le dernier terme. Et l'on n'aura plus besoin de contrainte que pour appliquer l'enveloppement hydropathique.

L'alitement agit comme calmant physique, par le décubitus

horizontal, comme calmant moral par l'interprétation même du malade qui, tout agité qu'il soit, se sent gravement atteint. On l'obtient par l'administration des narcotiques ordinaires, par la prescription de bains froids et de bains chauds prolongés (de quatre à trente heures), par l'enveloppement hydropathique. Le secours de l'alitement est si puissant que l'on ne voit guère plus d'agités au point de troubler le repos des malades. En pareil cas, au lieu de les envoyer en cellule ou de les transporter dans un quartier de surveillance continue, vous les placez dans une chambre de malades, au lit, en mettant une garde auprès d'eux. Le malheureux seul se calme en se sentant soigné, tandis que la cellule, qui d'ailleurs n'est pas isolante et le quartier d'agités le terrifient, et l'agitent davantage.

Ce qui le prouve, c'est qu'en 1892, dans le service des hommes, M. Scholz n'a employé que 31 grammes de chloral; 59 grammes de sulfonal; 10 grammes de trional; 68 grammes de bromure de potassium, soit 0,47 de narcotique par jour et 0,0047 par journée d'excédent.

Exemple de fureur maniaque calmée en huit jours. Il existe des centaines d'observations semblables. Par les additions calmantes de temps à autre susmentionnés, le calme arrive, tandis que la cellule sombre et nue aggrave souvent au plus haut point les fureurs maniaques, les paroxysmes anxieux et mélancoliques. L'aliéné est un enfant, un mineur, non un prisonnier.

Un asile doit être un hôpital pour les aigus et un lieu de repos pour les chroniques. Installez-le donc confortable, riant.

Cette transformation vous attirera de meilleures infirmières qui ne viennent pas dans les asiles actuels, parce qu'elles ne voient pas qu'on y fasse œuvre d'infirmières et qu'elles n'éprouvent aucun plaisir à jouer le rôle de geolières et à nettoyer des cellules. Si au contraire les aliénés sont traités au lit, voilà de l'hospitalisation. Il viendra à vous des filles de bonne famille comme nous en avons dans les hôpitaux. C'est ce que nous avons ici. D'ailleurs nous leur avons assuré un uniforme, un enseignement, une pension de retraite en constituant une sorte de corporation professionnelle dont le lien est la solidarité. P. KERAVAL.

XVIII. LA SITUATION DES ALIÉNISTES par HOPPE. (*Centralblatt fur. Nervenheilk,* N. F. V., 1894.)

Les aliénistes prussiens sont non des fonctionnaires d'Etat mais des fonctionnaires provinciaux ; il en résulte que l'avancement varie suivant le nombre d'asiles administrés par chaque province. Il faudrait donc, comme cela se fait dans la plupart des Etats allemands, que ces asiles devinssent des asiles d'Etat et que ces fonctionnaires eussent ainsi tout le champ de l'empire allemand. — Ou

tout au moins qu'on unifiât la solde par ancienneté et qu'on en déterminât dans tout l'empire les classes d'après le temps de service comme on l'a fait pour les professeurs de l'enseignement supérieur. Que les aliénistes et les directeurs d'asiles s'entendent sur ce point et cette amélioration viendra. P. K.

XIX. Sur l'éducation des enfants arriérés; par MM. Shuttleworth, Fletcher Beach, Wiglesworth et Nickle. (*British Medic. Journal*, 8 septembre 1894.)

C'est une discussion faisant suite au rapport de Francis Warner sur les conditions physiques et mentales des enfants des écoles. Sur 50,000 enfants ayant fréquenté les écoles de 1892 à 1894, 101 ont été reconnus « arriérés » par débilité mentale congénitale. Mais, en outre, si l'on compte les estropiés, paralysés, épileptiques, anormaux et idiots types, on arrive à une proportion de 16 p. 100 relevant d'une méthode d'éducation spéciale. Entre ce groupe et les normaux, il y a encore ces enfants à tempérament nerveux marqué, dont la mentalité affecte une excessive mobilité ou vivacité, et ceux au contraire à activité nerveuse retardée et insuffisante.

Il y a lieu de faire une sélection très soignée des enfants et de les classer par un examen approfondi physique et mental. L'état de la nutrition générale et l'hygiène alimentaire, l'état des divers ordres de sensibilité, la conformation du crâne, la recherche du rachitisme et des anomalies physiques diverses comme des anomalies psychiques (perversions instinctives possibles), sont l'objet d'une recherche méthodique (les auteurs entre temps condamnent la craniectomie dont ils ont reconnu l'inutilité). Résumant le résultat de leurs recherches statistiques, ils constatent les excellents résultats donnés par les instituts médico-pédagogiques de Londres, Leicester, Birmingham, etc. Ils concluent à l'isolement à part des épileptiques enfants dont les crises influent défavorablement sur les classes d'enfants nerveux autres.

Cette sélection est déjà commencée dans l'institut spécial de Lady Meath et à la colonie nouvelle de la Société nationale pour l'éducation des épileptiques. A. Marie.

XX. Les aliénés ; les asiles sont les endroits qui conviennent le mieux au traitement de l'aliénation mentale; par Joseph J. O'Connell. (*The New-York Medical Journal*, 28 juillet 1894.)

A tous les points de vue, l'asile doit être considéré comme aussi utile aux aliénés que l'hôpital aux malades : mais il y a en matière d'aliénation des avantages supplémentaires qui doivent faire préférer le traitement à l'asile au traitement dans la famille. La famille

est trop disposée à céder au caprice de l'aliéné, ou, inversement, à assurer presque de force l'exécution des prescriptions du médecin traitant. D'autre part, il arrive souvent que les aliénés, sachant très bien qu'ils ont des idées qui ne sont ni partagées ni admises par leur famille, les dissimulent avec soin, jusqu'au jour où l'influence de ces idées ou de ces hallucinations se traduit brusquement et brutalement par un acte de violence ou même par un véritable crime. Enfin, on ne saurait oublier que dans les familles où il existe de l'hérédité névropathique, les idées délirantes se communiquent facilement et fréquemment d'un des membres de la famille à un autre ou à plusieurs autres. Ces considérations et d'autres encore, plaident énergiquement en faveur de l'internement — et même de l'internement précoce — des aliénés dans les asiles.

R. M. C.

SOUSCRIPTION

Pour le Monument J.-M. CHARCOT.

Le Comité s'est réuni le 17 mai dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine sous la présidence de M. Brouardel. Le trésorier, M. Masson, a donné des renseignements sur l'état de la souscription. Les sommes qu'il a reçues s'élèvent à 32,134 fr. (Les souscriptions qui restent à verser porteront ce chiffre à 40,000 fr.) Sur cette somme il a fait remarquer que près de la moitié provenait de l'*Etranger*. Aussi croyons-nous devoir faire un nouvel appel aux médecins *Français*.

Le *Progrès médical* sera très heureux de recevoir de nouvelles souscriptions, afin d'arriver à faire à l'illustre médecin de la Salpêtrière un monument digne du corps médical français. Le comité a pensé qu'il y avait lieu de confier l'exécution de la statue à M. Falguière, qui avait connu personnellement M. Charcot, dont il était l'ami. Le Comité a nommé une commission composée de MM. Brouardel, Gérome, Garnier, Richer et Babinski, pour s'entendre avec M. Falguière.

Nous avons reçu de M. Edward-D. Fischer, président de la *New-York Neurological Society*, avec mission de la transmettre à M. Brouardel, une lettre contenant une liste de souscription faite parmi les neurologistes des Etats-Unis, « comme un tribut au génie de Charcot, et comme une preuve évidente de la haute

estime qu'on a dans ce pays pour sa mémoire ». Le total de la souscription s'élève à 4,120 fr. Voici la liste des souscripteurs :

Professeurs : MM. A. Starr ; — Ed. Fisher; — C.-L. Dana ; — C.-A. Herter ; — A. Jacoby ; — B. Lachs. — Drs : E.-C. Seguin ; — Frederick Peterson ; — Geo-W. Jacoby ; — R.-L. Parsons ; — J.-A. Booth; — J.-F. Ferriberry; — D. Webster ; — S.-B. Lyon ; — Frank Hallock ; — Theo. Diller ; — James Stewart ; — J.-W. Putnam ; — H.-F. Pershing ; — L. Bremer; — Samuel Ayers; — A. Church ; — J.-N. Dixon ; — J.-A. Lippincott; — W.-H. Daly ; — A. Fleming ; — F. Lemoyne ; — R.-M. Findle ; — J.-C. Lange ; — G.-G. Rahauser ; — J.-D. Thomas ; — C.-C. Hersmann ; — D.-C. Boyce ; — D.-W. Rankin ; — J.-B. Crombier; — D.-P. Miller ; — W.-F. Burleigh ; — J. Milton Duff ; — W.-H. Mercier; — W.-F. English ; — S.-O. Brimbaugh ; — J.-M. Brokerholf ; — C.-H. Voigt ; — X.-O. Werder; — M.-N. Gerhard; — W.-H. Hingston ; — E.-P. Lachapelle ; — J.-P. Pottot ; — Chas.-P. Jones; — Wm.-C. Krause ; — F.-B. Fry ; — G.-D. Hirschfilder ; — L. Shattuck; — E.-V. Howard ; — E.-B. Potter ; — John-O. Roe ; — E.-B. Angell; — Geo-L. Walton ; — Geo. B. Shattuck; — R.-T. Edes ; — Walter Chaming; — H.-B. Howard ; — J.-B. Ayer ; — F.-B. Greenough; — Morton Prince ; — S.-T. Armstrong. — Professeurs Wm. Osler; — Hermann Knapp ; — J.-J. Putnam ; — H.-P. Bowditch.

Comme le montre la liste ci-dessus, la participation des médecins étrangers à la souscription Charcot est des plus importantes et méritait d'être signalée tout particulièrement. La souscription étant toujours ouverte, nous rappelons que nous continuons à recevoir les dons que les lecteurs voudront bien nous adresser.

VARIA.

Circulaire relative aux transferts des aliénés.

Villejuif, le 22 mars 1895.

Monsieur le Préfet,

Mon attention a été appelée sur les inconvénients qui peuvent résulter des conditions dans lesquelles a lieu parfois le transfèrement des aliénés des deux sexes d'un asile dans un autre.

Des femmes aliénées sont, dans certains cas, conduites par des agents secondaires des asiles qui pourraient ne pas avoir à l'égard de ces malades l'attitude de *réserve* et de *respect* qui convient.

Dans d'autres cas, des aliénés (hommes) accompagnés d'infirmiers ou de surveillants, sont placés dans le même compartiment que des femmes aliénées, conduites elles-mêmes par des infirmières.

Il est indispensable d'établir dans ces transferts la séparation des sexes. A l'avenir, des femmes devront donc être *seules* chargées d'assurer le transfèrement des femmes aliénées. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette prescription ne s'applique pas au personnel médical.

D'autre part, les femmes aliénées ne devront en aucun cas, être *placées dans le même compartiment que des hommes aliénés.*

Je vous prie, monsieur le Préfet, de transmettre les présentes instructions au directeur de l'asile de votre département et de m'en accuser réception.

Recevez, monsieur le Préfet, etc.

Le Ministre de l'Intérieur,
Signé : LEYGUES.

NOUVELLES CONSTRUCTIONS POUR CLINIQUES PSYCHIATRIQUES; par RIEGER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. V. 1894.)

Une clinique doit : 1° traiter les cas récents; 2° surveiller minutieusement les malades au point de vue médical ; 3° les transporter en tout temps facilement de la salle de cours et des lieux d'examen scientifique, même au lit. Tous les locaux doivent donc être reliés ensemble par des corridors complètement couverts. C'est le type qui a été réalisé à Wurzbourg. On trouve deux centres dans l'avant-corps des bâtiments ; une salle de cours avec ses annexes; une salle de surveillance avec ses annexes ; les deux salles sont reliées ensemble par un chemin de fer pour lits, il est ainsi possible de procéder dans la salle d'examen à l'étude des malades en dehors des salles communes. Les médecins habitent près de la salle de surveillance ce qui leur permet de suivre de près l'agité comme s'il s'agissait d'un accouchement. En toute clinique, il faut un médecin par dix à douze malades. La clinique de Wurzbourg a pour quarante à soixante malades cinq assistants et un bénévole; l'un d'eux est constamment à proximité du lieu où sa présence peut devenir immédiatement utile. La salle de surveillance est accessible aux médecins par quatre côtés ; il y circule toujours un médecin ; c'est là le vrai principe d'observation et d'inspection continue. Les locaux sont disposés de telle sorte qu'avec la plus petite somme d'efforts possibles, on se rende compte de tout.

P. K.

De quelques questions d'organisation et de construction des cliniques psychiatriques; par Riéger. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XVII. N. F. V. 1894.)

I. La question préjudicielle est la question *d'argent*. Pour qu'une clinique ait beaucoup de malades, il faut que ce soit l'Etat ou le Cercle qui se charge des prix de journée et non les communes. Documents à l'appui, il le faut au moins de 3 fr. 75 (3 marks) par tête; cette somme ne couvrant point les dépenses scientifiques, il faut, pour celles-ci, faire intervenir le budget de l'enseignement. Il n'est pas bon que le directeur de la clinique c'est-à-dire le professeur ait de vastes charges administratives. Il faut que l'on établisse en un mot un institut psychiatrique purement scientifique, partout. Aussi l'Etat doit-il venir en aide à la clinique qui servira, par un juste retour, à l'examen des candidats de l'Université.

II. Est-il nécessaire qu'il y ait des *quartiers spéciaux d'agités ou de furieux*, ou peut-on s'en passer? On peut réduire l'isolement des malades au minimum par les habitations collatérales des médecins. Mais une salle de surveillance continue, ou de garde perpétuelle des malades mélancoliques calmes, quoique dangeroux, et une salle de surveillance de malades bruyants, constituent un ensemble de moyens de traitement indispensable. En un mot, deux quartiers de surveillance, acoustiquement bien séparés, avec le personnel indispensable pour la garde, surtout pour la garde de nuit. Supprimons en tout cas les cellules et multiplions le traitement au lit. Disséminons les éléments de perturbation de façon à éviter leur accumulation dans les mêmes quartiers. P. K.

L'Éducation des faibles d'esprit; par le Dr Greene.

La commission d'assistance publique de l'Etat du Kansas vient de décider l'abandon de l'asile spécial pour l'éducation des enfants idiots et imbéciles. La raison de cette suppression est d'abord dans l'économie réalisée et surtout dans la conviction qu'ont les membres de la commission que l'éducation des idiots est impossible : pour eux, tous les arriérés paraissent devoir être classés parmi les idiots.

L'auteur, après avoir relaté et critiqué cette mesure inexplicable, fait un historique des efforts qu'ont déployés les premiers éducateurs des faibles d'esprit et relate les résultats auxquels on est arrivé.

Si les législateurs, ajoute-t-il, créaient un asile pour les faibles d'esprit et le confiaient à des praticiens expérimentés, ils s'apercevraient vite que dans cet asile il existe des êtres qui réclament quelque chose de plus que les soins d'une fille de service et d'un

cuisinier ; et les sommes dépensées annuellement pour la garde et l'éducation de ces infortunés seraient compensées par la découverte et l'atténuation des causes de l'imbécillité. (*The alienist and neurologist.*, avril 1894.) E. B.

Les miracles de saint Ignace de Loyola ; par MM. Henri Meige et L. Battaille. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1894, n° 5.)

Chaque numéro de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* se termine par un intéressant article de critique artistique, mais d'une critique artistique particulière, dans laquelle les considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques tiennent la première place, c'est ce qui explique la présence de ces articles dans un recueil purement médical. L'article de MM. Meige et Battaille est consacré à des dessins anciens représentant certains événements de la vie de saint Ignace de Loyola, et incidemment à la biographie de ce personnage.

Ignace de Loyola fut d'abord soldat et très mondain. Blessé au siège de Pampelune, il resta boiteux et abandonna la carrière des armes et les plaisirs du monde, pour s'abandonner au mysticisme le plus absorbant. On connaît sa vie : il voyagea à travers l'Europe, alla en Terre Sainte, se mit à étudier avec les enfants à l'école, mendia son pain, eut des extases, fit des miracles, prêcha qu'il avait reçu la mission de régénérer le catholicisme, s'attira les railleries de ses contemporains qui le considéraient comme un fou, jusqu'à ce qu'enfin, étant parvenu à se faire des partisans et des disciples, il fonda la célèbre Compagnie de Jésus. « Pèlerin bizarre, fanatique convaincu, halluciné extatique, hardi, persévérant, sa carrière fut aussi merveilleuse que celle de Mahomet ou de César, » a dit de lui Philarète Chasles. — Ignace de Loyola était, en somme un dégénéré supérieur, dont l'observation vient à l'appui de la thèse de Moreau de Tours et de Lombroso, sur le génie proche parent de la folie.

Il existe une *Vie en gravures de saint Ignace de Loyola*, composée d'après les récits de ses premiers disciples. Ce sont les dessins de ce livre que MM. Meige et Battaille étudient en artistes et en médecins. Ils reproduisent et analysent plusieurs de ces dessins, l'un d'eux représente la guérison d'un épileptique, lisez hystérique, on y retrouve très bien reproduits les caractères de la léthargie.

Camuset.

Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira à Bordeaux le *vendredi* 2 *août* et non le 1er août ainsi qu'il avait été précédemment annoncé. Ce Con-

grès, par l'importance et l'attrait de son programme, par le nombre et la valeur des adhésions déjà recueillies, est assuré d'un plein succès. Ceux de ses futurs membres qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion et le titre de leurs communications, sont priés de les faire parvenir sans retard au secrétariat (Dr Régis, 54, rue Huguerie, Bordeaux) afin de recevoir en temps utile la série des documents et indications préparatoires, dont l'envoi va très prochainement commencer. Nous croyons pouvoir dès maintenant annoncer que les Compagnies de chemin de fer consentiront une importante réduction de leurs tarifs en faveur des membres du Congrès.

Les rois aliénés dans la Bible; par le Dr Burrell.

L'homme ne change guère au cours des âges : la Bible est là pour nous le montrer d'une façon très évidente et l'histoire naturelle de la tentation ne s'est guère modifiée depuis que notre mère Eve a écouté les propos du serpent.

De même certaines névroses observées de nos jours, la folie en particulier, ont existé dès les premiers âges et leur description se retrouve précise dans les écrits sacrés et profanes.

C'est ainsi que la Bible enregistre les cas de folie, mais seulement lorsqu'ils se sont manifestés chez les grands caractères historiques ou lorsqu'ils témoignaient du pouvoir de la divinité. La liste en est, du reste assez courte, et comprend certains des prophètes qui ont manifesté quelques symptômes de folie, les Démoniaques, et les rois Saül et Nabuchodonosor.

Que l'on étudie dans la Bible les chapitres consacrés à Saül, avec la description de ses hallucinations, de ses extases religieuses avec catalepsie, faisant suite à des excès et violences de tout genre, ou qu'on lise au IVe chapitre du livre de Daniel, l'histoire de la folie de Nabuchodonosor, roi de Babylone, se croyant transformé en animal et mangeant de l'herbe comme cet animal, on y trouve, en faisant la part des coutumes et mœurs de ces temps primitifs, une description classique de cas de folie avec leurs signes précurseurs, leur début, leur période d'état et leur terminaison. (*American Journal of insanity*, 1894.) E. B.

FAITS DIVERS.

ATTENTAT CONTRE UN MÉDECIN MILITAIRE. — On écrit de Constantine que Mme Servelle, veuve d'un médecin militaire, poursuivait M. Charvot, médecin principal, chef de l'hôpital militaire de Constantine, prétendant que M. Charvot lui avait promis le mariage. Dernièrement, elle se livrait à des voies de fait. La justice fut saisie de l'affaire à la demande de l'autorité militaire et Mme Servelle devait passer prochainement en police correctionnelle. Furieuse de cette décision, elle résolut de tuer M. Charvot. Aussi, il y a quelques jours, pendant que M. Charvot se promenait avec le directeur du service de santé de la division, Mme Servelle le suivit et tira sur lui deux coups de revolver qui le blessèrent assez sérieusement. Mme Servelle, arrêtée, paraît ne pas avoir conscience de ses actes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés.* Rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894). — Volume in-8°, de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés : 2 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès médical.*

BOURNEVILLE. — *Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, par E. SÉGUIN, avec une préface par BOURNEVILLE. — Volume in-8° de XLVIII-380 pages. — Troisième volume de la *Bibliothèque d'éducation spéciale.* — Prix : 5 francs. Pour nos abonnés, 3 fr. 50.

BRENER (J.) et FREND (P.). — *Studien über hysterie.* — Volume in-8° de 269 pages. — Leipzig und Wien, 1895. — F. Denticke.

BULLARD (W. N.), BRADFORD (P.-R.). — *Cerebellar tumor. Operation; Hæmorrhagi from defect of occipital bone; Death, general remarks.* — Brochure in-18 de 20 pages. — Boston, 1891. — Damrell and Upham.

BULLARD (W.-N.). — *Consideration of some of the indications for operation in head injuries.* — Brochure in-18 de 9 pages. — Damrell and Upham.

Eastern counties asylum fort idiots and imbeciles residing in the Counties of Enex, Suffolk, Forfolk and Cambridje. — Patron : H. R. H. The Prince of Wales. — Thirty-sixth Annual Raport. — Brochure in-8° de 59 pages. — Ipswich, 1895. — N. Adlard and C°.

Pochl (A.). — *Die Immunitats und Immunisationstheoricen vom biologisch-chemischen Standpunkt bitrachtet.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Leipzig, 1895. — Verlag von G. Thieme.

Pochl (A.). — *Einwirkung des Spermins auf den Stoffumsatz bei Autointoxicationeu im Allgemeinen und bei harnsaurer Diathese im Speciellen.* — Brochure in-8° de 40 pages. — Berlin, 1894. — Gedrukt bei L. Schumacher.

Williamson (R.-T.). — *On the relation of Dricases of the Spinal Cord to the Distribution and Lesions of the Spinal Blood Vessel.* — Brochure in-8°, cartonnée, de 43 pages, avec 20 figures. — London, 1895. — H.-K. Lewis.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 695.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY



